FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964 ~~1965~~ THESE N° ~~208~~

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Thérèse, Marie, Elise CAILLAU-SEBIRE

Née le 14 Juillet 1932, à ROUEN

Présentée et soutenue publiquement le 1965

ETUDE CRITIQUE DE 125 CAS DE DYSIDROSE PALMO-PLANTAIRE

Président : Monsieur R. DEGOS Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1964 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Thérèse, Marie, Elise CAILLAU-SEBIRE

Née le 14 juillet 1932 à ROUEN

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

ETUDE CRITIQUE DE 125 CAS DE DYSIDROSE PALMO-PLANTAIRE

-:-

Président : Monsieur R. DEGOS (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1964

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
- LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET(L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GAILLIARD (H), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER(G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), MOUQUIN (M), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),VERNE (J).

DOYEN ..... M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR ..... M. BARGETON (D)
2e ASSESSEUR ..... M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°-CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér.et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)

MM.

Pathologie exotique	N...
Pathologie exp. et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Path. et Thér. générale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	PARROT (J) BARGETON (D)
Phys. et Path. obstétricale	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chir. exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale		REDON (H)
Clinique cardiologique		SOULIE (P)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de Chir.inf. et orth.		FEVRE (M)
Clin. chir. orth. et traumatol.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin. de chir. cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
Clin. de Chir. pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique		DECOURT (J)
Clinique de Génétique Médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)

		MM.
Clin. des mal. cut. et syphil.		DEGOS (R)
Clin. des mal. des enfants		TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clin. des mal. ment. et de l'encéph.		DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clin. des mal. du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Broussais	LENEGRE (J)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Sainte-Anne	BOUDIN (G)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clin. d'hydrologie et climatologie		DEBRAY (Ch)
Clin. méd. inf. de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique		JUSTIN-BESANÇON (L)
Clin. méd.-Soc. du diabète sucré et des maladies de la nutrition		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID (M)
Clinique neurologique		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	Hôtel-Dieu	RENARD (G)
	Cochin	OFFRET (G)
Clin. oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clin. de péd. et de puériculture		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clin. de neuro-psychiatrie infantile		MICHAUX (L)
Clin. de rhumat. méd. et soc.		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M)
Clinique urologique		ABOULKER (P)
Clinique traumatologique		PADOVANI (F)
Séméiologie médicale		DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orth.		JUDET (R)
Clinique urologique		COUVELAIRE (R)
Hygiène et clin. de la 1ère enfance		N...

b) Professeurs à titre personnel

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)

	MM.
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) LAMBLING (A) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H) PERRAULT (M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGÉS ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) GILLOT (C) HUREAU (J)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P)pr. s. ch. ABELANET (R) CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET(Mme) KERN (E) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) DAGUET (G) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU (Et)m. conf BOURILLON (R) CARTIER (P) pr. s. ch. CORNILLOT (P) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P) JEROME (H) KRUH (J) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J)

	MM.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN(P) HARTMANN (L)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B) HEWITT (J) TOURAINE (R)
Electro-Radiologie	HEITZ (F) M. Conf. LEDOUX-LEBARD(G)
Embryologie	ROUX (Ch)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER(G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R) Pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M) RACADOT (J) SCHRAMM (B)
Hydrologie	BESANÇON (F) CORNET (A)
Hygiène	BLANCHER (G) CORRE-HURST(Mme L) ROUSSEL (A) SAPIN-JALOUSTRE(H)
Maladies infectieuses	DUPONT (V) LISSAC (J) RAPIN (M)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B) CROSNIER (J) RICHET (G) SEBAOUN (J)

	MM.
Médecine légale	BOURGUIGNON (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J) CATHALA (H) ESCOUROLLE (R) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J) LEREBOULLET (J) PICHOT (P) TARDIEU (G)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) LEWIN (D) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) TCHOBROUTSKY(Mme C) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B) BREGEAT (P) DUBOIS (A) FONTAINE (Mme M) SARAUX (H)
Orthopédie	DUPARC (J) MAURER (P) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J) PIALOUX (P) SERGENT (H)
Parasitologie	GOLVAN (Y) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.-P.)
	BLONDEAU (Ph)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.-L.)
	DAUTRY (P)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GALEY (J.-J.)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	GAUDART-D'ALLAINES
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LOYGUE (J)
	MAILLARD (J.-N.)
	MERCADIER (M)
	NATALI (J)
	PELLERIN (D)
	PERROTIN (J)
	PREMONT (M)
	ROBERT (H)
	THOMERET (G)
	VAYSSE (J)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P)
	COTTENOT (Fr)
	LOEPER (J)
	Pr. s. ch.
	MAURICE (J)
	MIKOL (Cl)
	PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J)
	AUQUIER (L)
	AUSSANNAIRE (M)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CANIVET (J)
	CARLOTTI (J)
	CATINAT (J)

	MM.
Pathologie médicale	CHRETIEN (J)
	CLOAREC (M)
	COBLENTZ (B)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	DEBRAY (J)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J)
	FRITEL (D)
	FUNCK-BRENTANO(J-L)
	GRIVAUX (M)
	HAZARD (J)
	HENNEQUET (A)
	HIMBERT (J)
	HOUSSET (E)
	LAGRUE (G)
	LESOBRE (R)
	LEVEQUE (B)
	MACREZ (C)
	MOREAU (L)
	NENNA (A)
	NICK (J)
	POULET (J)
	ROYER (P)
	TCHERDAKOFF (Ph)
	THIBAULT (Ph)
	TOURNEUR (R)
	VILLIAUMEY (J)
	WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D)
	ALISON (J)
	CANLORBE (P)
	GORIN (R)
	LAFOURCADE (J)
	LEPERCQ (G)
	LESTRADET (H)
	MALLET (R)
	MINKOWSKY (A)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	REY (J)
	RIBIERRE (M)
	ROSSIER (A)
	VIALATTE (J)
	MANDE (R)
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)

	MM.
Physiologie	BARRES (G) DURAND (J) GIRARD (Fr) HUGELIN (A) LAURENT (D) SCHERRER (J) Pr. s. ch. VASSEUR (B)
Physique médicale	CHANTEUR (J) COURSAGET (J) GREMY (F) M.conf. MILHAUD (G) PAGES (J.-Cl.) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.C) Pr. s. ch. TUBIANA (M) M.conf.
Pneumo-phtisiologie	DECROIX (G) ISRAEL (L) MEYER (A) RENAULT (P) SORS (Ch)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H)
Radiologie médicale	DUBOST (J) LEFEBVRE (J) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P)
Stomatologie	CAUHEPE (J) CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) M. c. agr. CREPY (Cl) FLEURY (R) GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) FOUET (P) LABET (R) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) MORIN (P)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P)
Clin. péd. et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A)
Conservateurs Melles	DUMAITRE (P) LE NOIR (G) QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlle LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

Aux Miens

A mes Amis

En témoignage de mon affection

A Monsieur le Professeur R. DEGOS

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse

A Monsieur le Professeur B. DUPERRAT

Professeur titulaire de la Chaire de
Clinique Dermatologique à la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce
travail

Nous le lui dédions et le
prions de le considérer
comme un témoignage bien
modeste de notre recon-
naissance et de notre
profond attachement

A Monsieur le Professeur WOLFROMM

Professeur titulaire de la Chaire de Séméiologie médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Avec nos très respectueux sentiments et l'expression de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur GAULTIER

Professeur de la Chaire de Clinique toxicologique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MAHOUDEAU

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur ROBEY

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

ETUDE CRITIQUE DE
125 CAS DE DYSIDROSE PALMO-PLANTAIRE

-:-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-

La Dysidrose est une dermatose vésiculeuse siégeant aux mains et aux pieds.

Depuis de nombreuses années, son étiologie et sa pathogénie ont été l'objet de controverses passionnées. Actuellement la plupart des dermatologistes font de la Dysidrose une forme clinique de l'eczéma.

Il semble qu'elle soit un syndrome gardant son autonomie propre, tant par sa clinique, sa topographie particulière que par ses causes externes ou internes agissant à la faveur d'une allergie.

Celles-ci peuvent être :

1°- Une allergie infectieuse

a) Mycosique (Trichophyton, épidermophyton, levures)
b) Microbienne (Streptocoque, staphylocoque ...)

2°- Une dermatophytide (Trichophytide), une Levuride.

3°- Une allergie de contact

4°- Une cause physique, médicamenteuse ...

Les causes associées sont fréquentes, venant compliquer la recherche étiologique déjà si délicate.

Après une brève étude clinique, histologique, nous relaterons nos simples recherches étiologiques grâce à l'étude d'observations recueillies dans le service de Monsieur le Professeur B. DUPERRAT au cours de ces dernières années.

-:-

- I -
HISTORIQUE
-:-

En janvier 1873, TILBURY FOX de New York décrivit pour la première fois cette affection cutanée, constituée de vésicules transparentes, comparées à des "grains de sagou cuits", siégeant aux mains et aux pieds.

T. FOX l'attribua à la rétention de la sueur dans les canaux sudorifères.

En 1876, J. HUTCHINSON, à Londres, décrivit cette dermatose sous le nom de Cheiro-pompholix, à cause de sa localisation très fréquente aux mains. Mais il la considéra comme une névrose.

CUMMINGS en fit une manifestation de la goutte.

En 1887, A. ROBINSON, d'après ses constatations histologiques, soutenait que les conduits sudorifères n'avaient aucun rapport avec les vésicules. R. CROCKER, de son côté, écrivait que les vésicules siégeaient dans les bourgeons interpapillaires, au voisinage des canaux excréteurs sudoripares.

En 1892, D. MOUKTAR a trouvé des trichophytons dans les épidermes cornés épais.

UNNA décrivit dans le contenu des vésicules, des bacilles isolés ou groupés prenant le gram

et soutint la nature microbienne.

En 1910, SABOURAUD publiait un ouvrage sur "l'existence fréquente d'un soi-disant eczéma des doigts et des orteils dû à l'épidermophyton inguinal".

Vers 1914, GOUGEROT et GANCEA, HUDELO et MONTLAUR et Madame KAUFFMANN-WOLF trouvent des champignons et des parasites levuriformes.

En 1919, DARIER, avec l'aide de son assistante Melle Olga ELIASCHEFF a trouvé dans 80 p.cent des cas un mycelium dans le plafond des vésicules ou dans les squames cornées. Ces résultats firent penser que le terme de Dysidrose et son tableau clinique correspondaient à un syndrome.

En 1922, au premier Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française

- GOUGEROT présentait 97 cas :
  60 de ces cas sans aucun champignon, ni à l'examen direct, ni à la culture
  15 cas montraient des trichophytons et des épidermophytons
  12 cas montraient des parasites levuriformes.

- PETGES de Bordeaux note que la Dysidrose peut être d'origine parasitaire, mais aussi artificielle, médicamenteuse et professionnelle.

En 1922, BROCK, dans son traité de Dermatologie, distingue comme GOUGEROT :

a) Une Dysidrose vraie due à une intoxication ou une auto-intoxication

b) Les éruptions dysidrosiformes dues à l'action d'une substance irritante ou représentant certaines formes d'eczéma.

Il souligne la fréquence des cas mixtes; soit une dysidrose vraie compliquant une mycose ou un eczéma, soit une dysidrose vraie infectée par des parasites.

Ceci explique les contradictions des auteurs.

SABOURAUD fait aussi cette différence entre une Dysidrose vraie et des éruptions dysidrosiformes d'origine souvent parasitaire.

MILIAN signale, à cette époque, la fréquence d'une Dysidrose vraie chez des syphilitiques héréditaires et dans des syphilis acquises aussi bien au début de la maladie, qu'à la période tertiaire, coïncidant souvent avec des signes nerveux. Le traitement anti-syphilitique lui a donné des guérisons.

En 1924, SICOLI, dans le laboratoire de SABOURAUD étudie 113 cas de Dysidrose palmo-plantaire :

- Dans 42 p.cent des cas il retrouve un épidermophyton
- Dans 34 p.cent des cas, une origine médicamenteuse (salol, phénol, iodoforme).

Il s'agit là d'eczéma professionnel dysidrosiforme.

- Dans 24 p.cent des cas, les vésicules sont stériles.

C'est alors une Dysidrose vraie.

Il écrit : "dans tous les cas de Dysidrose vraie, l'examen microscopique n'a jamais révélé de rameaux mycéliens qui puissent faire penser à la nature mycosique de l'affection et les cultures ont toujours été stériles".

D'après ses coupes histologiques et ses re-

cherches, il conclut :
"Il y a deux types de Dysidrose :
a) Une pseudo-Dysidrose (mycosique, chimique ...)
b) Une Dysidrose vraie due à la rétention sous l'épiderme, hors des conduits sudoripares éclatés, de la sueur, abondamment et rapidement sécrétée qui n'est pas de nature parasitaire".

En 1926, LORTAT-JACOB, PELISSIER et G. DREYFUS soulignent le rôle déclenchant ou sensibilisant de produits salicylés ingérés, bière, certains végétaux dépuratifs dans l'apparition de certaines dysidroses.

Donc, pour beaucoup d'auteurs, la Dysidrose est un syndrome causé par de multiples facteurs, assimilé à l'eczéma. (DARIER, PETGES, SICOLI, HARDY, BEHREND).

WILLIAMS de New York, le premier, remarqua l'absence fréquente au niveau des mains des champignons. Ces lésions étaient pour lui des trichophytides.

Les travaux de RAJKA, KELLER, WALTHARD venaient confirmer cette hypothèse.

En 1929, Bruno BLOCH, étudia 62 cas de mycose des pieds :
- 31 cas s'accompagnaient de lésions au niveau des mains et d'autres régions qui étaient secondaires à une irritation traumatique des pieds, à des traitements

- 1 à 2 p.cent des cas seulement montrent, à l'examen direct ou à la culture, des champignons aux mains.
Il admet que ces lésions des mains sont encore en relation avec une mycose. Elles sont dues à la résorption de toxines ou de spores

chez un sujet sensibilisé.
Il s'agit de trichophytide ou d'épidermophytide. On retrouve le champignon aux pieds, soit dans les vésicules, soit dans les espaces interdigitaux.

De même, W. JADASSOHN et PECK étudièrent 24 cas de Dysidrose des mains et des pieds. Le champignon fut retrouvé aux pieds, mais l'examen direct et la culture furent négatifs aux mains.

RAVAUT décrivit des éruptions secondaires à des infections levuriformes qu'il appela levurides.

- En 1934, RAGAB, dans le service de GOUGEROT, trouve sur 100 cas de Dysidrose dans les prélèvements :

53 fois des trichophytons
15 fois une levure

Il essaie de démontrer une sensibilisation épidermique par les tests cutanés avec des toxines mycosiques mais n'obtient que des résultats contradictoires.

- En 1946, BENEDEK cultive un bacille à partir de vésicules de Dysidroses fermées et intactes. Il appelle ce bacille, le bacille endoparasiticus. Il fait un vaccin et l'emploie avec succès dans le traitement de la maladie.

- En 1954, SCHUPPLI fait des tests cutanés à divers allergènes ; il trouve des tests positifs :

a) Dans 25 p.cent des cas, à la poussière d'appartement
b) Dans 30 p.cent des cas, avec des pollens
c) Dans 15 p.cent des cas, avec un allergène de contact

d) Dans 10 p.cent des cas, avec la trichophytine et l'ascarine.

W. SHELLEY, M. FREDERICK, F. BECKER, MONTGOMERY, PILLSBURY insistent sur un facteur psychosomatique déclenchant.

Enfin, récemment F. HERMANN, S. MORILL et M. SULZBERGER ont démontré qu'il y a contiguïté nette entre les vésicules et les conduits sudorifères. Ils admettent, ainsi que W. STEWART et LAUMONNIER, la prédominance de l'hyperidrose.

Pour SULZBERGER, la Dysidrose ne serait donc qu'un trouble de l'élimination de la sueur, créant des conditions favorables au développement d'un eczéma surajouté.

Par contre, en 1962, R.D. SIMONS, d'Amsterdam, montre, d'après des coupes histologiques, que la connexion entre les canaux sudoripares et les vésicules est loin d'être la règle.

De plus, le pH des vésicules diffère de la sueur eccrine.

-:-

- II -

CLINIQUE

-:-

I - Le début de l'éruption est souvent précédé de prurit, de cuisson, de tension. Puis les vésicules qui occupent des lieux d'élection apparaissent aux mains et aux pieds, où l'épiderme est épaissi, de façon plus ou moins symétrique.

II - Le siège

- Aux mains, elles occupent surtout les faces latérales, les faces dorsales et palmaires des doigts. Elles peuvent atteindre les paumes, plus rarement les faces dorsales des mains et jusqu'aux poignets

- Aux pieds, on les retrouve sur les faces latérales, dorsales et plantaires des orteils, sur la plante des pieds et plus rarement sur les faces dorsales des pieds. Elles ne dépassent pas le cou de pied.

Les mains et les pieds peuvent être atteints isolément ou simultanément ou successivement. En cas de lésions à distance coexistantes, il s'agit le plus souvent d'eczéma banal.

III - Les vésicules de dysidrose apparaissent sur une peau qui garde sa coloration normale. Parfois elle est très légèrement rosée. Ces vésicules sont groupées en petits bouquets, ou disséminées.

- Elles sont arrondies,
  petites (de la taille d'une tête d'épingle)
  plus volumineuses (parfois même de véritables bulles)
- Nettement saillantes, profondément enchassées dans l'épiderme
- De coloration blanchâtre, jaunâtre ou translucide
- Fermes au toucher. Leur dureté tient à l'épaisseur de la couche cornée. Ce sont de "vrais grains de sagou incrustés dans l'épiderme".

Ainsi les vésicules ne s'ouvrent pas spontanément. Si on les pique, un liquide incolore et filant s'écoule. Ce liquide est neutre ou alcalin.

Ces vésicules se dessèchent en quelques jours (4 ou 5 environ). Elles s'affaissent. L'épiderme devient jaunâtre, s'exfolie et tombe, laissant apparaître une surface lisse et rosée qui ne suinte pas, bordée par une collerette épidermique.

Si les vésicules se rompent, des croûtes se forment et tombent sans laisser de cicatrice.

IV - Evolution de la Dysidrose

L'évolution est faite de poussées survenant particulièrement au printemps et en été, pendant la saison chaude, pour s'arrêter l'hiver à la saison froide et reprendre au printemps suivant avec une aggravation fréquente de la dysidrose. Chaque poussée dure de 5 à 20 jours. Le prurit est variable. Les poussées peuvent être subintrantes pendant des mois. Une hyperidrose peut être associée. Exceptionnellement dans les cas tenaces et longs, les ongles peuvent être atteints.

V - Formes cliniques

La dysidrose se présente sous des aspects morphologiques divers.

1) Il existe des dysidroses discrètes comportant seulement 6 à 10 vésicules, petites, sur les faces latérales des doigts, qui disparaissent rapidement et spontanément.

2) On peut rapprocher de ces cas la forme sèche décrite par GOUGEROT en 1928, constituée de "vésicules avortées, sans liquide" qui vont laisser des surfaces desquamatives à bords arrondis. Elle peut survenir au cours d'une dysidrose classique.

3) La "desquamation estivale en aires des mains" (DUBREUILH et CARAYON) fait partie de ces formes légères. Elle siège sur la face palmaire des mains et la face plantaire des pieds. Elle se présente sous l'aspect de vésicules sans liquide, simples soulèvements qui laisseront une desquamation en îlots, bordée d'une collerette mince, à évolution centrifuge. Il n'y a pas de prurit et elle peut persister l'hiver. Elle guérit par l'alcool iodé (FAVRE et GATE) et semble donc rentrer dans le cadre d'une mycose.

4) Mais il est des dysidroses où le nombre des vésicules est très important. Elles se juxtaposent et forment une véritable peau de chagrin.

5) Soit directement, soit par coalescence des vésicules, de vraies bulles ovalaires ou irrégulières peuvent se voir. Elles siègent plus particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds. Il arrive qu'elles se rompent, favorisant ainsi les infections.

6) Les infections sont fréquentes dans la dysidrose , soit primitives, mais le plus souvent secondaires. Le liquide contenu dans les vésicules et dans les bulles devient purulent. L'éruption peut s'accompagner d'érythème, de fissures douloureuses, de lymphangite, d'adénopathie.

MILIAN et FAVRE ont décrit une forme où toutes les bulles et vésicules se remplissent d'un liquide purulent, à type de pyodermite. Le streptocoque en serait responsable. BROCQ n'a pas admis cette forme.

- Parfois on est devant un tableau d'impétigo croûteux et seul le siège fait penser à la dysidrose.

7) Formes associées

a) Le Trisyndrome de Milian consiste en une dysidrose des mains, une éruption parakératosique en médaillons ressemblant au pityriasis rosé et des lésions érythémato-oedémateuses.

b) La dysidrose peut être associée à un eczéma typique ou à un eczéma nummulaire, soit précédant, soit survenant au cours de ces affections.

c) Même localisée seulement aux mains, la dysidrose est souvent associée à une infection mycosique des pieds, plus particulièrement un intertrigo interdigital. Celui-ci agit sans doute par ses toxines diffusibles expliquant la négativité des prélèvements aux mains. Ces Dysidroses des mains sont considérées comme des lésions secondes : trichophytides, levurides.

Pour établir la preuve de leur origine mycosique, PECK a donné des critères dont nous retiendrons les 3 plus importants, précisés par

J. SCLAFER.

1°- Identifier les foyers primaires et y retrouver des champignons

2°- Prouver l'existence d'une allergie spécifique, au moyen des réactions cutanées avec les extraits de ces champignons

3°- Modification des lésions secondes sous l'influence
- soit des fluctuations d'activité du foyer primaire après traitement, ou spontanément.
- soit de l'administration d'extraits allergéniques.

VI - Le terrain

1°- L'âge

La dysidrose survient entre 20 et 40 ans plus particulièrement. Nous avons trouvé 35 cas au delà de 45 ans et seulement 3 cas chez de jeunes enfants, sur les 125 cas étudiés.

2°- Le sexe

Elle est commune aux deux sexes, prédominant cependant chez l'homme.

3°- Facteurs atopiques constitutionnels

La prédisposition constitutionnelle à l'allergie ne semble pas jouer un rôle favorisant. Nous avons trouvé :
- Des antécédents personnels d'eczéma constitutionnel dans 12 cas
- Des antécédents personnels d'urticaire et d'oedème de Quincke dans 5 cas
- Des antécédents personnels d'asthme dans 8 cas.

4°- Rôle favorisant de certaines affections concomitantes

- Troubles digestifs : gastrites, ulcères

de l'estomac ;
- Influences endocrienne ,
  thyroïdienne,
  hypophyso-ovarienne ;
- Terrain nerveux, surmenage, chocs moraux ;
- Une hyperidrose est retrouvée parfois ;
- L'influence sudorale expliquerait aussi l'apparition saisonnière de dysidroses récidivant à la saison chaude et siégeant dans les régions où la sueur favorise le développement des germes.

Pour GOUGEROT et THIBIERGE, le soleil jouerait un rôle déclenchant.

-:-

- III -

DIAGNOSTIC DE LA DYSIDROSE

-:-

I - Avec l'Eczéma

La Dysidrose se distingue cliniquement de l'eczéma par :

- L'absence d'érythème
- La profondeur des vésicules
- L'absence de suintement
- Sa topographie
- Son rythme saisonnier fréquent

Les dermatologistes qui assimilent la Dysidrose à l'eczéma expliquent son aspect particulier par son siège palmo-plantaire. En fait, au niveau des espaces interdigitaux où la peau est fine, des vésicules typiques de Dysidrose se voient.

Par contre, un eczéma vrai peut se voir aux mains et aux pieds avec son érythème, ses vésicules superficielles, son suintement.

Au cours d'eczéma généralisé des poussées de Dysidrose coexistent parfois.

Une cause eczématogène peut aussi provoquer une Dysidrose.

Actuellement, pour la majorité des auteurs, la Dysidrose est une forme topographique spéciale de l'eczéma.

II - Avec l'eczéma mycosique ou dermite dysidrosiforme

Il s'agit d'un placard unique siégeant aux pieds : sur les orteils et pouvant déborder sur la plante et le dos des pieds. La surface de coloration rouge est sèche, lisse ou squameuse, bordée d'une collerette épidermique de vésicules à contours nets et arrondis.

Sans traitement cette dermite dure des années, s'étendant excentriquement sans poussées saisonnières.

III - Après ces deux principales distinctions, on éliminera aisément :

- Un herpès qui ne siège pas sur les faces latérales des doigts
- Un zona exceptionnel aux doigts
- La gale où les lésions vésiculeuses, associées aux sillons, occupent le fond des espaces interdigitaux et les autres sièges particuliers à cette affection.

Pour terminer, il est des Dysidroses tenaces d'un diagnostic très difficile, et R. DEGOS montre que certaines vont "verser dans le Psoriasis pustuleux".

-:-

- IV -

ANATOMO-PATHOLOGIE

-:-

L'histoire de la dysidrose est une partie de ping-pong entre tenants de la théorie sudorale et tenants de la théorie eczématique.

Cette partie, commencée en 1873, n'est point encore achevée.

I - Le coup d'envoi est donné par Tilbury FOX, en 1873, qui croit à la rétention de la sueur dans les ostia palmaires et plantaires, et crée le terme de dysidrose.

II - Trois ans plus tard, HUTCHINSON déclare qu'il s'agit de vésicules eczématiques d'un type particulier dû à la nature des soles, et il les nomme cheiropompholix.

III - Et en effet, ROBINSON, en 1877, faisant la première étude histologique ne trouve pas de connexion avec les canaux sudoraux.

IV - A quoi T. FOX et Radcliff CROCKER répondent en 1878 que la biopsie les convainc que la vésicule occupe toujours un rete peg et qu'elle communique avec le canal sudoral.

V - Mais les élèves de UNNA, en 1891, penchent pour l'eczéma ...

VI - .... contredits par NESTAROWSKI, élève de PAWLOW, qui approuve la dysidrose.

VII - .... tandis que Richard SUTTON, en 1913, sur 9 biopsies ne trouve pas de rétention sudorale.

Cela nous amène à deux travaux plus récents:

VIII - D'une part, O'BRIEN, qui analyse ainsi le mécanisme :

a) Fermeture de l'anneau corné ostial sudoral
b) Rupture du canal juste au-dessous, avec filtration de la sueur dans les couches cornées basses
c) Oblitération de la vésicule par un bouchon parakératosique
d) Rupture du canal à la jonction dermo-épidermique, provoquant la formation d'une vésicule dermique (donc diffère de (b)).

IX - D'autre part, WHIMSTER, qui apporte des microphotos prises sur de nombreuses biopsies des paumes d'un adolescent mort. Ces photos démontrent de beaux abouchements des canaux sudoraux. Toutefois l'auteur conclut avec prudence :
"Il y a deux types pathologiques distincts de pompholyx-vésicules : l'un dysidrosique, et l'autre eczémateux". Toute la question est de savoir s'ils peuvent co-exister chez le même malade ?

EN RESUME

Arguments pour dysidrose	Arguments pour eczéma
Vésicules "énormes", parfaitement rondes, l'épiderme étant "repoussé", avec un minimum de spongiose.	Vésicules petites, à bords flous, disloquées, au sein d'une spongiose intense.

Arguments pour dysidrose	Arguments pour eczéma
Vésicules toujours dans un rete peg, et surtout infiltrat inflammatoire péri-canalaire, qu'on peut suivre jusqu'au peloton sudoral.	Vésicules au-dessus d'une crête papillaire. Certaines glandes sudorales intactes.
Enfin certaines incidences heureuses, le canal débouchant dans le fond de la vésicule.	Impossible de démontrer la connexion.

-:-

- V -

RECHERCHES ETIOLOGIQUES

A - METHODES UTILISEES POUR LES RECHERCHES

A tous les malades, nous avons fait systématiquement :

I - Un prélèvement

Aux mains ou aux pieds, ou les deux à la fois, suivant le siège, pour retrouver les germes, levures, dermatophytes à l'aide de deux moyens :

1°- Un examen direct dans une solution de Potasse à 30 ou 40 p.cent pour identifier une mycose.

2°- Des cultures

a) Sur bouillons spéciaux glucosés, tamponnés pour les germes

b) Sur les milieux de Sabouraud

- Sabouraud isolément
- Sabouraud actidione qui, en freinant le développement des levures, permet celui des Dermatophytes.

II - Des tests cutanés, en intradermo-réaction, à la recherche d'une sensibilisation épidermique aux allergies mycosiques, à certains allergènes infectieux et pneumallergènes. Les produits que nous utilisons sont ceux de l'Institut PASTEUR.

1°- Liste des tests faits systématiquement :

- Extraits allergéniques de
  candidine,
  d'épidermophytine,
  de trichophytine

- Extraits allergéniques de
  poussière de maison,
  de plumes
  de moisissures n°1, 2 et 3
  de pollen (inconstamment après interrogatoire et cuti-réaction prudente)

- Anatoxine staphylococcique
  diluée au centième
  puis au dixième

- Vaccin antistaphylococcique dilué au centième, soit 60 millions de germes par cc
  puis au dixième

- Vaccin antistreptococcique dilué au centième, soit 60 millions de germes par cc
  puis au dixième

- Témoin avec la solution phénolée servant aux dilutions.

A partir de 1963, nous avons ajouté :

- Proteus : 20 millions de germes par cc
- Colibacille : 100 millions de germes par cc.

Nous avons évité de faire les tests en trop fortes poussées, et chez des sujets sous traitements cortisoniques.

Au départ, plus les symptômes étaient sévères, plus faibles étaient les dilutions. En cas de résultat négatif après 48 heures, des dilutions inférieures étaient faites.

2°- Lecture des tests

- 1ère lecture : 10 à 20 minutes après l'injection
- 2ème lecture : 48 heures après
- 3ème lecture : 6 à 8 jours après.

3°- Interprétation des tests

- La réaction urticarienne précoce garde toute sa valeur pour les pneumallergènes.

- La réaction retardée plus particulièrement pour la recherche d'une allergie à un germe animé.

En cas de tests positifs, nous notons :

a) La taille de la papule érythémateuse d'au moins 5 mm de diamètre
b) L'oedème qui la déborde
c) La présence de vésicules et de pustules.

Pour affirmer la spécificité de l'allergie, un test positif ne suffit pas. Nous indiquerons qu'en sa faveur, plus la dilution est grande, plus l'allergie a des chances d'être spécifique. Mais la réaction focale qui accompagne la réaction locale, ou même sans réaction locale, est en fait l'élément essentiel du diagnostic.

Cette réaction focale se traduit par :

- soit une aggravation des symptômes préexistants
- soit au contraire une nette amélioration.

Nous ne parlerons de spécificité allergique, que devant une réaction focale nette.

Enfin, quelques cas de guérison par un traitement spécifique, en particulier avec la candidine nous ont permis d'affirmer l'origine de la Dysidrose.

III - UNE recherche de foyers profonds à des germes infectieux

(candida, streptocoques .....)

IV - Recherches non systématiques
(Tests épicutanés)

Lorsqu'une Dysidrose d'origine artificielle est supposée, (agents chimiques dans la majorité des cas), nous avons pratiqué en plus des examens précités, des tests épicutanés (parfois des scarifications) avec les produits soupçonnés, en utilisant les méthodes de dilution des allergènes, établies par la Commission de Dermatologie et Vénérologie du Conseil d'Hygiène Sociale.

Lecture des tests épicutanés : 48 heures après la pose du test.

Les réactions locales trouvées ont été notées ainsi :

Rougeur, prurit +
Rougeur, prurit, vésicules ++
Rougeur, prurit, vésicules, oedèmes +++
Rougeur, prurit, vésicules, oedèmes, bulles ++++

Intérêt des résultats

La réaction locale garde ici toute sa valeur après avoir éliminé les fausses réactions :

- Causticité des produits
- Durée d'application insuffisante
- Association de divers allergènes ....

Le diagnostic sera appuyé par la guérison ou par une nette amélioration :

- Après arrêt du travail quand une origine professionnelle est en cause.
- Après suppression d'un médicament soupçonné.

De même valeur est la rechute après la reprise du travail ou celle d'un médicament.

V - L'insuffisance de nos recherches et les causes d'erreurs sont nombreuses

a) Pour les prélèvements

1) Des traitements antérieurs ont souvent fait disparaître les germes au niveau des lésions.

2) L'examen demande beaucoup de patience et de minutie.

3) Un résultat négatif ne prouve pas l'absence de germes.

4) Un résultat positif n'explique pas le rôle des germes : rôle initial ou secondaire.

5) En cas de lésions secondes ou "ides", elles sont classiquement stériles, mais des germes saprophytes ou de surinfection peuvent être retrouvés.

b) Tests cutanés

Nous avons limité nos investigations à quelques allergènes les plus classiques.

Les résultats des tests sont variables et dépendent de divers facteurs :

- Facteurs individuels,
- Facteurs psychiques, émotifs,
- Facteurs hormonaux, période des règles, ménopause.

Les réactions focales subissent aussi des modifications dans le temps, difficiles à interpréter. Des tests faits chez des sujets en traitement cortisonique seront négatifs.

c) L'association et l'intrication de divers allergènes viennent compliquer les recherches.

d) Difficultés de suivre régulièrement les malades et d'avoir un certain recul pour juger l'évolution.

o

B - RESUME SUCCINCT DES OBSERVATIONS

I - Dysidroses par agents chimiques

Nous résumerons très brièvement 49 observations où l'allergène est un agent chimique, professionnel le plus souvent.

A) Les critères étiologiques ont pour base :

a) Le rôle déclenchant du produit après un interrogatoire minutieux. Dans les dysidroses de contact, professionnelles, l'irritation primaire par le produit favorise la sensibilisation. Les dysidroses surviennent après un certain temps d'exercice de la profession.

b) La suppression de l'agent chimique doit entraîner une amélioration rapide.

c) Les tests épicutanés sont positifs après avoir éliminé les fausses réactions positives et négatives.

B) Cliniquement ces dysidroses ont un caractère aigu pour la plupart qui s'oppose aux dysidroses infectieuses à évolution chronique. Elles siègent plus particulièrement aux mains. Elles sont parfois associées à un eczéma dont l'aspect clinique permet de les dissocier cependant.

C) Résultats

a) Dysidroses artificielles par sensibilisation externe

- Sensibilisation au groupe de la Phénothiazine : 6 cas
- Sensibilisation au groupe de la Paraphénylène diamine : 3 cas
- Sensibilisation à des antibiotiques (Péni.... strepto ...) : 5 cas

- Sensibilisation au bichromate : 16 cas
- " au cobalt : 1 cas
- " au nickel : 2 cas
- " à l'or : 1 cas
- " à des produits divers (vernis, huile, araldite, térébenthine, formol, trichlore, sulfate de cuivre : 11 cas)

Nous rapprocherons de ces observations une phytodermatose (vigne vierge).

b) Dysidroses par sensibilisation interne

- Ingestion d'aspirine : 1 cas
- Pénétracine intra-musculaire : 1 cas
- Inhalation d'un alcaloïde (scopolamine) véhiculé par des vapeurs d'alcool : 1 cas

Pour simplifier les observations qui vont suivre,

- Nous ne citerons que les tests épicutanés ayant donné une réponse positive valable
- Nous n'indiquerons pas les tests microbiens, mycosiques et les tests aux pneumallergènes qui ont été faits. Ils n'ont donné que des réponses peu nettes, et les essais de désensibilisation entrepris n'ont donné que des échecs.

II - Dysidroses d'origine infectieuse

A) Origine mycosique

Secondaires aux dermatophytes et aux levures . La preuve de l'allergie mycosique donne les résultats les plus favorables quand elle est confirmée. Cette preuve s'appuie :

1) Sur l'identification du champignon au niveau du foyer primaire. Les lésions secondes apparues après le foyer primaire sont le plus souvent stériles.

Par exemple : un foyer primaire au niveau des espaces interdigitaux des pieds,
un foyer secondaire aux mains.

2) Sur les tests cutanés positifs (intra-dermo-réaction avec l'allergène correspondant), sur la réaction focale.

3) Sur l'évolution des lésions sous l'influence de l'allergène.
Sur l'évolution favorable des lésions avec un traitement désensibilisant ou un traitement antimycosique.

Les résultats

Nous retrouvons 30 cas d'origine mycosique

- 10 cas présentent une allergie à une levure (candida albicans) avec guérison durable par les traitements de désensibilisation
- 3 cas présentent une sensibilisation à des trichophytons
- 3 cas présentent une sensibilisation mixte à des trichophytons, épidermophytons
Il s'agit peut-être d'une réaction croisée.
- 10 cas présentent aux examens directs des trichophytons
2 cas des épidermophytons et des levures ; les tests cutanés ont été négatifs.

Des traitements anti-mycosiques locaux ou généraux ont donné de bons résultats.

B) Dysidroses d'origine microbienne

La recherche d'une allergie microbienne est identique à l'allergie mycosique.

Les prélèvements ont souvent montré parmi nos 125 dysidroses la présence de staphylocoques dorés, blancs. Il s'agit sans doute de surinfections.

Les tests cutanés ont été décevants :
Réponse négative, le plus souvent
Réponse positive sans réaction focale, donc sans valeur.
Essais de désensibilisation n'amenant aucune amélioration.

Résultats

- Dans 2 cas, on retrouve une sensibilisation au streptocoque décelée par le vaccin anti-streptococcique au dixième.

- Dans 2 cas, une sensibilisation au staphylocoque décelée par l'anatoxine staphylococcique au centième. Un de ces cas présente en plus une intolérance professionnelle (colle chez un menuisier).

- Dans 18 cas, les prélèvements montrent un staphylocoque pathogène.
  Le traitement anti-infectieux les améliore sans éviter toujours les récidives.

C) Deux cas plus complexes

1er cas : après la positivité des tests mycosiques, celle-ci s'éteint alors qu'apparaît une sensibilisation avec l'anatoxine staphylococcique.
Guérison par l'anatoxine : 5 injections.

2ème cas : on ne peut guère déterminer les rapports entre la positivité des tests professionnels (chrome) et une sensibilisation avec l'épidermophytine. Une sensibilisation pouvant favoriser l'autre.

III - Dysidroses d'origines diverses

En fait, s'agit-il d'un facteur déclenchant, d'un facteur favorisant ou d'une simple coïn-

cidence ? Il est difficile de conclure.

- 1 cas montre une sensibilisation à la poussière
- 2 cas chez de jeunes enfants présentent :
  un dolichosigmoïde
  un mégacôlon + dolichocôlon
- 1 cas au cours d'une néphrolithiase
- 2 cas montrent que le facteur nerveux prédomine.

IV - Enfin 17 cas demeurent entièrement "idiopathiques".

-:-

- I -

DYSIDROSE PAR AGENTS CHIMIQUES

-:-

- 46 cas par Contact professionnel ou occasionnel
- 1 cas par inhalation (scopolamine)
- 1 cas par Ingestion (Aspirine)
- 1 cas par Intra-musculaire (Pénétracine)

- 1 cas : Phytodermatose

o

Monsieur Roland C... 40 ans Chimiste

1er examen janvier 1959

Présente des poussées d'eczéma des régions découvertes après un travail, dans un laboratoire, à la purification des alcaloïdes (Scopolamine, atropine) il n'a pas de contact direct mais les vapeurs d'alcool peuvent servir de véhicule. Les lésions disparaissent après 15 jours d'arrêt de travail.

En février, guéri, il reprend son travail. Après un passage bref dans l'ancien laboratoire il fait une dysidrose des faces latérales et palmaires des doigts.

Test : Scopolamine ++ qui donne aussi une réaction focale : vésicules, prurit.

o

Madame Arlette A... 39 ans Infirmière

1er examen février 1959

Depuis 4 mois présente des poussées vésiculeuses de dysidrose aux mains coïncidant avec les manipulations de streptomycine.

Test : streptomycine (scratch) ++ (réaction retardée).

o

Monsieur Mohamed M... 29 ans Cimentier (depuis 4 ans)

1er examen juin 1960

Première poussée de dysidrose palmaire depuis 15 jours.

Test : Bichromate de potassium ++

o

Madame Jeanne E... 48 ans Infirmière

1er examen décembre 1960

Début en mai 1960. Présente une dysidrose fissurée des doigts, des paumes, et des vésicules à la plante du pied droit.

Antécédents : un oncle, une soeur } asthmatiques

Tests : Neuriplège +++
Phénothiazine +++

o

Monsieur Henri E... 19 ans Manoeuvre

1er examen avril 1960

Depuis un mois il travaille dans une usine d'appareillage électrique : 15 jours après le début de son travail, apparition d'une dysidrose des mains associée à une dermite des avant-bras et du visage.

Tests avec ses produits
Araldite +++
Durcisseur +++
Trichloréthylène +

°

Monsieur Jean G... 23 ans Métallurgiste

1er examen juin 1960

Première poussée de dysidrose aux paumes des mains, faces latérales et dorsales des doigts. Les lésions ont débuté depuis 3 mois ; il travaille dans de l'huile depuis 6 mois.

Test : Huile soluble +++

°

Monsieur Louis M... 50 ans Teinturier

1er examen juin 1960

Première poussée en mai 1960 aux faces latérales des doigts, puis apparition d'une dermite eczématisée des avant-bras et d'un oedème péri-orbitaire.

Antécédent : En 1954, 1955 : oedème de Quincke.

Test : Paraphénylène diamine ++

°

Madame Marguerite G... 34 ans Ménagère

1er examen juillet 1960

Après une brûlure de la main droite par de l'eau bouillante, face dorsale, la malade applique de la crème au phénergan : eczématisation de la face dorsale de la main et des avant-bras, dysidrose des paumes et des doigts.

Tests : crème au phénergan ++
Phénothiazine ++

°

Monsieur Michel C... 43 ans Infirmier

1er examen juillet 1960

Début en juin 1960 d'une dysidrose palmaire symétrique et oedème périorbitaire.

Tests : Largactil +++
Phénothiazine +++

°

Monsieur Ernest D... 30 ans Cimentier

1er examen novembre 1960

Première poussée de dysidrose vésiculeuse des doigts, quelques vésicules face antérieure du poignet gauche.

Tests : Bichromate de potassium +++
Cobalt +++
Nickel -

°

Monsieur Silvio S... 44 ans Cimentier

1er examen novembre 1960

Dysidrose fissurée et vésiculeuse des mains, aspect lichénifié des avant-bras depuis 6 mois.

Tests : Bichromate de potassium +++
Cobalt ++
Nickel +

°

Monsieur Angelo D... 40 ans Cimentier depuis 10 ans

1er examen décembre 1960

Dysidrose vésiculeuse des doigts, parakératose des paumes, depuis 1 an, nombreuses poussées.

Tests : Bichromate +++
Cobalt +++
Nickel +++

o

Mademoiselle Madeleine G... 20 ans Chimiste

1er examen février 1961

Depuis 3 semaines disydrose palmaire, chez une jeune chimiste en contact avec des sels d'or depuis 4 mois.

Test aux sels d'or +++

o

Madame Armande L... 36 ans Ménagère

1er examen juin 1961

Présente un eczéma des parties découvertes après application au niveau du bras (sur une plaie) de crème au Phénergan et une poussée de dysidrose palmaire symétrique concomitante.

Tests : Crème au phénergan ++
Phénothiazine ++

o

Monsieur Georges G... 32 ans Employé de banque

1er examen octobre 1961

Présente depuis 15 jours une dysidrose de la paume de la main gauche ayant débuté à la face antérieure du poignet au niveau de son bracelet montre.

Antécédents : Urticaire au chocolat
Test au cuir ++++

Madame Paulette B... 61 ans Ménagère

ler examen avril 1961

Depuis 15 jours, dysidrose palmaire symétrique, apparue quelques jours après l'achat de gants noirs en nylon.

Antécédents : Eczéma des jarretelles il y a 1 an.

Test : gant + sueur +
Paraphénylène diamine ++

o

Madame Lucienne H... 53 ans

ler examen mars 1961

Quelques jours après une teinture de cheveux, elle présente un oedème du visage, une grosse bulle de la paume de la main gauche et de nombreuses vésicules disséminées au pourtour.

Antécédent : Dermite du visage provoquée par la crème au phénergan il y a 6 mois.

Tests : paraphénylène diamine ++
Phénothiazine ++

o

Monsieur Gabriel L... 42 ans Nickeleur

ler examen octobre 1961

Depuis un mois dysidrose vésiculeuse et fissurée des mains, lésions parakératosiques des avant-bras.

Test au nickel +++

o

Monsieur Lucien D... 30 ans

ler examen juin 1961

Après traumatisme du coude, applique de la crème au phénergan et présente un eczéma des avant-bras, de la nuque, du visage et une dysidrose vésiculeuse palmaire des 2 mains.

Antécédent : sa mère, sa fille } eczéma

Tests : crème au phénergan ++
Phénothiazine +++

°

Monsieur Georges V... 40 ans Cimentier

1er examen août 1961

Dysidrose palmaire et des faces latérales des doigts, quelques îlots de parakératose sur les faces dorsales des mains depuis juin 1961.

Tests : Bichromate +++
Cobalt ++
Nickel -

°

Monsieur Jean D... 58 ans Ouvrier

1er examen février 1962

Depuis décembre 1961 présente une dysidrose palmaire symétrique. Il manipule de temps à autre du trichloréthylène. En 1959 : poussée analogue.

Test au trichloréthylène ++

°

Monsieur Victor S... 27 ans Infirmier

1er examen mars 1962

Première poussée de disydrose des paumes et des doigts depuis un mois.

Test au Formol ++

°

Monsieur Pierre D... 27 ans Vernisseur

1er examen septembre 1962

Pour une dysidrose vésiculeuse et fissurée des doigts, première poussée depuis 15 jours.

Test à son vernis ++

°

Monsieur Nicolas B... 45 ans Magasinier

1er examen octobre 1962

Dysidrose palmaire après une manipulation de trichloréthylène.

Test au Trichloréthylène +

°

Monsieur Henri M... 24 ans Ebéniste

1er examen septembre 1962

- Dysidrose palmaire après nettoyage des mains à l'eau de javel.
- Intertrigo entre les orteils.

Tests : Bichromate de potassium ++
Cobalt +
Nickel +

°

Monsieur Bernard M... 28 ans Photograveur

1er examen octobre 1962

- Dysidrose des mains depuis 6 mois, associée à des lésions érythémato-vésiculeuses des avant-bras. Photograveur depuis 12 ans mais a changé de maison il y a 7 mois.

Tests : Bichromate +
Cobalt +
Nickel -
Emaillite + (produit dont il se sert à base de chrome)

o

Monsieur Maurice B... 38 ans Cimentier

1er examen juin 1962

- Dysidrose des doigts associée à des lésions parakératosiques du dos des mains

- Hyperidrose

Test au Bichromate de potassium ++

o

Monsieur Robert H... 38 ans Nickeleur

1er examen mai 1962

- Première poussée de dysidrose des faces palmaires et latérales des doigts et lésions érythémato-squameuses des coudes apparues un peu après.

Tests : Bichromate de potassium ±
Cobalt +
Nickel +++

o

Monsieur Fernand V... 62 ans Vendeur

1er examen septembre 1962

Première poussée de dysidrose après avoir manipulé du sulfate de cuivre puis extension de lésions eczématisées aux bras et au visage.

Antécédent : hernie diaphragmatique (non opérée)

Test au sulfate de cuivre ++

o

Mademoiselle Marie-Jeanne A... 26 ans
Infirmière

1er examen octobre 1962

Première poussée de dysidrose palmaire depuis juin 1962. De fréquentes poussées se sont succédées aux deux mains, maximum à droite.

Test : Pénicilline (grille scarifiée) réaction urticarienne de 3 cm de diamètre au bout de 15 minutes).

o

Madame Marthe C... 27 ans Ménagère

1er examen octobre 1962

Dysidrose des faces latérales des doigts. Manipule des alcalins. Il y a deux ans poussée analogue.

Test : Bichromate de potassium ++
Cobalt +
Nickel +

o

Monsieur André C... 33 ans Cimentier

1er examen octobre 1962

Première poussée en août 1962, d'une dysidrose palmaire bilatérale localisée aux éminences thénars. Puis apparition de lésions à type d'eczéma nummulaire sur les faces dorsales des mains, aux bras, et une plaque sur la jambe droite.

Antécédents : 1958 gastrectomie pour ulcère ?
urticaire - migraineux

Test : Bichromate de potassium +++

o

Madame Adeline A... 48 ans Vendeuse

ler examen septembre 1962

Dysidrose palmaire alternant avec des poussées d'eczéma suintant des mains depuis 5 ans. A cette époque elle changeait de rayon de vente pour s'occuper de serrures nickelées et chromées.

Antécédent : Asthmatique depuis 15 ans.

Tests: Bichromate de potassium ++
Cobalt ++
Nickel -

°

Monsieur Roger G... 47 ans Employé SNCF

ler examen mai 1962

- poussée de dysidrose palmaire après avoir manipulé une peinture à base de térébenthine
- A présenté une poussée analogue lors d'une manipulation antérieure
- Gros intertrigo entre les orteils.

Test à la térébenthine +++

°

Monsieur Ermerico V... 41 ans Cimentier

ler examen mai 1962

Début en mars 1962, poussées de dysidrose interdigitale des deux mains.

En juin 1961 a présenté un eczéma des parties découvertes sans que l'on retrouve de cause déclenchante.

Test : Chrome ++
Cobalt +++
Nickel -

°

Monsieur Emilio C... 48 ans Cimentier

1er examen juin 1962

Après une piqûre d'abeille au bras droit applique la pommade hydrocortisone-actidilon, apparition de lésions érythémato-vésiculeuses du bras, une poussée vésiculo-bulleuse à la main droite, puis extension au bras gauche et à la main gauche avec atteinte du visage.

Test à la pommade hydrocortisone actidilon ++

°

Monsieur Giuseppe D... 32 ans Cimentier

1er examen en mai 1962

Dysidrose des deux mains après application de Dermophil indien à la main droite.

Test au Dermophil indien ++

°

Monsieur Jean S... 26 ans Cimentier

1er examen en juillet 1963

- Dysidrose vésiculeuse et symétrique des doigts, et de la face palmaire gauche

- En 1962, poussées analogues pendant l'été.

Test au bichromate +++

°

Monsieur Pierre P... 38 ans Métallurgiste

1er examen avril 1962

- Présente depuis 7 à 8 ans une dermite des mains et des avant-bras. Actuellement les mains sont le siège d'une dysidrose palmaire

- Intertrigo entre les orteils.
- Il travaille depuis 10 ans à la fabrica-

tion de voitures. Actuellement il contrôle des carrosseries de voitures non peintes.

Test au Bichromate +++

o

Madame Mathilde L... 40 ans Infirmière

1er examen janvier 1962

Depuis 8 jours présente une dysidrose vésiculeuse des doigts. Manipule depuis 19 ans des antibiotiques sans aucun antécédent antérieur.

Test : Streptomycine (scratch) réaction immédiate.

Rimifon ++

o

Madame Nancy M... 49 ans Ménagère

1er examen janvier 1962

Poussées de dysidrose à chaque manipulation de détergent depuis environ 10 ans. Les lésions ne suintent jamais et forment de larges surfaces desquamatives aux paumes.

Tests au Bichromate de potassium +++

Cobalt +

Nickel +++

o

Monsieur Marcel F... 38 ans Garçon de salle

1er examen février 1962

Présente un aspect parakératosique des deux paumes, un bouquet de vésicules dysidrosiques face externe de la main droite.

Antécédent : Dermite aiguë du visage, en octobre 1961 après application de crème au phénergan.

Tests : au Bichromate de potassium +++
Cobalt +++
Phénothiazine +

°

Madame Emilia V... 43 ans Infirmière

1er examen mars 1962

Début il y a environ 6 mois, présente un eczéma lichénifié des avant-bras et une dysidrose des deux paumes, maximum à droite. Manipule de nombreux produits.

Tests : Spécilline (Scratch) : phlyctènes
Tifomycine +++
et réaction focale : prurit.

°

Mademoiselle Suzanne H... 32 ans Infirmière

1er examen mars 1962

Depuis 15 jours présente à la main droite une dysidrose vésiculeuse et fissurée de la paume.

Test : Spécilline (scratch), au bout de dix minutes, réaction urticarienne de 3 cm de diamètre.

°

Mademoiselle T... Laborantine

1er examen mars 1962

Depuis un mois présente des vésicules au niveau des faces latérales des doigts, desquamation des paumes et quelques vésicules des faces dorsales des pieds. Elle prépare des amides chlorées avec parfois projection du produit sur les pieds.

Test aux amides chlorées ++

°

Monsieur Henri P... 26 ans Ouvrier

1er examen septembre 1963

Apparition des lésions après une manipulation occasionnelle de ciment : dysidrose des paumes des mains et lésions d'eczéma nummulaire sur le dos des mains, les fesses, les cuisses.

Antécédent : sa mère : eczéma
son père : oedème de Quincke.

Test au Bichromate de potassium +++

o

Mademoiselle Ghislaine D... 19 ans

1er examen février 1964

- Après avoir fait un schampooing colorant à une amie, apparition d'une dysidrose vésiculo-bulleuse des mains, maximum au niveau des doigts.

- Intertrigo entre les orteils.

Test à la paraphénylène diamine +++
Aniline +++

o

Madame Noémie D.... 50 ans Ménagère

1er examen juillet 1960

Dysidrose bulleuse des paumes des mains, vésicules et bulles des avant-bras, oedème du visage apparus 24 heures après avoir taillé une vigne vierge.

Test : Feuille de vigne vierge +++
Tige de vigne vierge +++
Barbe de vigne vierge +++

o

Monsieur R... 35 ans Ingénieur

1er examen février 1961

Dysidrose palmo-plantaire apparue à la suite d'un état grippal traité par de l'aspirine. Cédation de la dysidrose en une quinzaine de jours.

Reprend de l'aspirine, reprise de la dysidrose.

Au total a fait trois poussées de dysidrose coïncidant chaque fois avec l'ingestion de comprimés d'Aspirine (test par ingestion).

o

Madame Hélène P... 48 ans Ménagère

1er examen en novembre 1961

La malade est traitée, pour une lésion périauriculaire érythémateuse et oedémateuse évoquant un érysipèle, par des injections intramusculaires de Pénétracine. Elle présente alors des lésions érythémato-oedémateuses des bras et une dysidrose vésiculeuse des mains accompagnées d'oedème.

Test à la Pénétracine (scratch) : au bout d'une demi-heure oedème érythémateux et prurigineux de 25 mm.

-:-

- II -

CAS PRESENTANT UNE ORIGINE MYCOSIQUE

-:-

PREMIER CAS - Monsieur René S... 34 ans, ingénieur

1er examen : septembre 1961

A) Histoire de la maladie

Début des lésions : mai 1961
Aggravation et poussées chaque été.
Diminution l'hiver, sans rémission complète.

B) Aspect actuel des lésions (au premier examen)

Présente aux pieds, des placards fissurés des deux faces plantaires.
aux mains, hyperkératose des deux paumes, avec des fissures douloureuses.
sur les faces latérales de certains doigts des vésicules typiques, dont quelques-unes pustuleuses.

Ces lésions sont peu prurigineuses.

C) ANTECEDENTS

Ictère catarrhal en 1957.
Aucun antécédent allergique retrouvé.

D) PRELEVEMENTS

Staphylocoques pathogènes aux mains.
Aucun germe n'est retrouvé dans les lésions des pieds.

E) Résultats des TESTS

Microbiens : négatifs.
Mycosiques : Candidine à 1 pour 100.000
Localement, papule érythémateuse de 10 mm
Focalement, prurit très augmenté.

F) EVOLUTION, TRAITEMENT

Désensibilisation par la Candidine à 1 pour 1 million. Très amélioré par les 10 premières injections. Pratiquement guéri après 20 injections.

Revu en novembre 1963, la guérison persiste. Une dose d'entretien est faite une fois par an (1962, 63).

o

SECOND CAS - Monsieur Robert R... 30 ans - Ouvrier

1er examen : octobre 1959

A) Histoire de la maladie

Début, depuis 15 jours d'une Dysidrose de la paume des mains et des faces latérales des doigts, coïncidant avec une manipulation de Trichloréthylène.
Récidive en janvier 1960 alors qu'il ne manipule plus de Trichloréthylène.

B) Aspect actuel des lésions

Lésions seulement aux doigts, aucune trace aux pieds.

C) Antécédents : aucun

D) Prélèvements : négatifs

E) Résultats des tests

Candidine à 1 pour 1.000
Papule érythémateuse de 2 cm.

Poussée vésiculeuse aux mains
Un test fait au Trichloréthylène est négatif.

F) Evolution et Traitement

Candidine à 1 pour 100.000
Désensibilisation entreprise de juin 1960 à octobre 1960.
Le malade est pratiquement guéri depuis juillet 1960.

Revu en octobre 1963, la guérison persiste.

o

TROISIEME CAS - Madame Gilberte M... 65 ans
Ménagère

1er examen : octobre 1961

A) Histoire de la maladie

Quelques jours après antibiothérapie, pour un épisode pulmonaire aigu, apparition de lésions vésiculeuses aux mains. Présente une perlèche depuis juin 1961.

B) Aspect actuel des lésions

Lésions vésiculeuses des doigts, prédominant aux paumes. Oedème important et prurit.
Aucune lésion aux pieds. Perlèche

C) Antécédents

En 1957, poussée d'eczéma péri-orbitaire et rétro-auriculaire.

D) Prélèvements

Perlèche : nombreuses colonies de candida albicans
Rares colonies de géotrichum
Aux mains : rares colonies de candida albicans.

E) Tests

Candidine à 1 pour 1000
Papule de 2 cm
Focalement : prurit important, poussée de vésicules.

F) Evolution et Traitement

Mycostatine : 8 comprimés par jour
Localement : Pommade mycostatine
Nette amélioration après 15 jours. N'a pas été revu.

o

QUATRIEME CAS - Monsieur Théophile D... 50 ans
Employé P.T.T.

1er examen : janvier 1962

A) Histoire de la maladie

Début des lésions en novembre 1962.
Pas de causes déclenchantes
Poussées subintrantes depuis cette date.

B) Aspect des lésions

- Aux mains : faces latérales des doigts
extension aux paumes
grandes poussées bulleuses et pustuleuses au dos des mains.
- Rien aux pieds.

C) Antécédents

Entérite et gastrite chroniques depuis 1944.
Aurait eu une poussée analogue à l'âge de 17 ans.

D) Prélèvements

Aux mains : isolement d'un staphylocoque doré pathogène.

E) Résultat des tests

Microbiens : négatifs
Mycosiques : candidine à 1 pour 100.000
localement, papule de 10 mm
oedème de 15 mm
focalement, nouvelles pustules.

F) Traitement et Evolution

Mycostatine : aucun résultat
Amélioré par la propiocine, 6 comprimés par jour, et un traitement local.
Après 10 jours de traitement, les bulles sèchent, on obtient une desquamation en lambeaux très importante.

On ne peut entreprendre de désensibilisation chez ce malade, aussi notre diagnostic ne peut être déterminé, la propiocine ayant fait disparaître la surinfection.

o

CINQUIEME CAS - Melle Jocelyne G... 28 ans
Hôtesse de l'Air

1er examen : avril 1962

A) Histoire de la maladie

Début des lésions en mars 1962, de retour de Guadeloupe. En un mois, présente des poussées dès qu'elle séjourne en Afrique, Amérique du Sud et dans toutes les régions chaudes et humides.
Amélioration dès qu'elle revient à Paris.

B) Aspect des lésions

Petites vésicules des faces latérales du 5e et 4e doigt de la main droite.
Desquamation à contour géographique sur la paume des mains. Intertrigo entre les orteils.

C) Antécédents : sinusite chronique

D) Prélèvements :
mains : négatifs
pieds : quelques colonies de candida albicans et d'épidermophyton.

E) Résultat des Tests : négatif

F) Traitement et Evolution

Traitement local seulement institué.
Amélioration après 15 jours.

Non revue.

SIXIEME CAS - Monsieur Camille C... 50 ans

1er examen : juin 1962

A) Histoire de la maladie

Début des lésions depuis 3 mois.
Leur état est, depuis, stationnaire.
Le malade est traité par le médrol pour des rhumatismes.

B) Aspect actuel des lésions

Elles siègent aux paumes des mains.
Desquamation en placards des deux paumes.
Quelques vésicules sèches hors des placards.
Très peu de prurit.
Rien aux pieds.

C) Antécédents

Aucun antécédent allergique chez ce rhumatisant. Discrète perlèche.

D) Prélèvements : Champignons saprophytes

E) Résultat des Tests

Candidine à 1 pour 10.000 :

localement : papules de 15 mm
focalement : quelques vésicules réapparues, prurit

F) Evolution et Traitement

Désensibilisation, candidine à 1 pour 100.000
Pratiquement guéri en octobre 1963.

o

SEPTIEME CAS - Monsieur J.P... 30 ans
Carreleur

1er examen : avril 1963

A) Histoire de la maladie

Début depuis 10 ans de lésions au niveau des pieds et des jambes, ne disparaissant jamais complètement.

B) Aspect actuel des lésions

- Faces latérales des doigts et orteils : nombreuses vésicules non suintantes, peu prurigineuses.
- Dos des mains : placards nummulaires
- Pieds : gros intertrigo interorteil bilatéral.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements : négatifs

E) Résultat des Tests

Candidine à 1 pour 10.000 :
papule de 1 cm
pas de réaction focale.
Candidine à 1 pour 1.000 :
réveille le test précédent et provoque une poussée de Dysidrose bilatérale à prédominance droite.

F) Evolution et Traitement

Tous les jours : Candidine à 1 pour 100.000

5 injections améliorent le malade.
N'est pas revenu.

o

HUITIEME CAS - Melle Denise M... 22 ans
Secrétaire

1er examen : juin 1963

A) Histoire de la maladie

Evolution par poussées de 8 à 10 jours, tous les mois, avant les règles, depuis 4 mois.

B) Aspect des lésions

Petites vésicules, non suintantes aux paumes des mains. Rien aux pieds.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements: "

E) Résultat des tests

Candidine à 1 pour 10.000 :
papule érythémateuse de 15 mm, surmontée de vésicules pustuleuses.

F) Evolution : Essai de désensibilisation entreprise en décembre 63, (Candidine à 1 pour 1.000.000), février 64, améliorée mais non encore guérie.

o

NEUVIEME CAS - Monsieur B... Albert 52 ans
Ajusteur

1er examen : août 1963

A) Histoire de la maladie

Début en juin 1963 après une manipulation de trichloréthylène.

B) Aspect actuel des lésions

- Aux doigts de la main gauche : lésions vésiculeuses.
- Aux avant-bras : plaques d'eczéma nummulaire.
- Pieds : intertrigo inter-orteils.

C) Antécédents

- Rhinite purulente à la suite dun traumatisme.
- Abcès amygdaliens fréquents.

D) Prélèvements

- Aux pieds : colonies de levures type candida
- Aux mains : négatifs

E) Résultat des Tests

- Tests professionnels : négatifs
- " mycosiques :
  candidine à 1 pour 1.000
  érythème de 3 cm
  sans réaction focale.

F) Evolution et Traitement

Un essai de désensibilisation à la candidine ne donne rien. Un traitement local améliore les lésions. Rechute en février dès l'arrêt du traitement.

o

DIXIEME CAS - Monsieur André R... 53 ans
Ouvrier

1er examen : mai 1963

A) Histoire de la maladie

Début des lésions depuis 5 ans.

B) Aspect actuel des lésions

- Intertrigo des orteils
- Un placard érythémato-vésiculaire du gros

orteil droit
- Une Dysidrose du dos de la face latérale des doigts évoluant par poussées printanières. Nombreuses vésicules et pustules. Pas de facteurs déclenchants.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements :

- aux mains : staphylocoque doré pathogène
  levures du type Candida
- aux pieds : staphylocoque doré pathogène.

E) Résultat des Tests

Candidine à 1 pour 1.000 :
papule de 5 mm
poussée focale à la main droite.
Tests professionnels : négatifs.

F) Evolution et Traitement

Localement : bains de permanganate, lotion mycostatine, pommade staphylomycine.

Fin juin 1963 : amélioration.
Le malade ne revient pas.

o

ONZIEME CAS - Monsieur Jacques F... 27 ans
Agent technique

1er examen : octobre 1963

A) Histoire de la maladie

Première poussée en juin 1959
Poussée en été 1960, hiver 1961
Dernière poussée en août 1963
Chaque poussée durant 15 jours à 6 semaines
Rémission presque complète entre chaque poussée
Les poussées sont consécutives à des périodes de surmenage et de fatigue.

B) Aspect actuel des lésions

Des vésicules siègent aux faces latérales des doigts des deux mains. De larges surfaces exfoliées et rouges aux deux faces palmaires. Une à deux pustules au poignet droit.
A la lère poussée, un ongle atteint est tombé.
Discret intertrigo aux pieds dans le premier espace interdigital.

C) Antécédents :
Négatifs du point de vue allergie.
Sujet très émotif.

D) Prélèvements
- aux mains : staphylocoques blancs dans les pustules.
  nombreuses colonies de levures dans les vésicules des doigts
- aux pieds : négatifs.

E) Résultat des tests

Candidine à 1 pour 10.000 :
- localement, papule érythémateuse de 12 mm
- focalement, nouvelles vésicules au niveau de l'éminence hypothénar
  prurit au niveau des mains.

F) Evolution et Traitement

Désensibilisation entreprise en novembre 1963 : candidine a 1 pour 1.000.000.
Le malade est presque guéri après 5 injections.
Il est pratiquement guéri en mars 1964.

Simple traitement local :
pommade mycostatique
" vioforme
hydrocortisone.

o

DOUZIEME CAS - Monsieur José LL... 22 ans
Dessinateur

1er examen : novembre 1963

A) Histoire de la maladie

Début en mai 1962 des lésions aux paumes et à la plante des pieds. Elles disparaissent au mois d'août, à la mer. Reprise des lésions dès le retour à Paris. Nouvelles poussées en mai 1963. Persistance de poussées.

B) Aspect actuel des lésions

Surfaces desquamantes et roses aux paumes et plantes des pieds. Vésicules des faces latérales de l'index et du medius droit. Les lésions sont prurigineuses. Discret intertrigo des pieds. Hyperhydrose importante.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements: "

E) Résultat des tests

Candidine à 1 pour 10.000
- localement : papule érythémateuse de 8 mm
- focalement : grosse augmentation du prurit.

F) Traitement et Evolution

On ne peut envisager chez ce malade de désensibilisation, car il ne peut pas venir régulièrement.
Mycostatine : 8 comprimés par jour.

Amélioration en janvier 1964.
Le malade n'a pas été revu depuis.

o

TREIZIEME CAS - Madame Eugénie D... 63 ans

1er examen : janvier 1962

A) Histoire de la maladie

Début en juin 1961 par un placard à la cuisse d'aspect érythémato-squameux, prurigineux. Poussées vésiculeuses aux paumes et aux plantes des pieds.

B) Aspect actuel des lésions

Vésicules de Dysidrose et placards parakératosiques des paumes et des plantes.
Epaississement et stries longitudinales des ongles des mains et des pieds.

C) Antécédents

Urticaire
P.C.E. traitée actuellement par : cortancyl et butazolidine.

D) Prélèvements : Trichophytons aux pieds.

E) Les TESTS n'ont pas été faits.

F) Traitement et Evolution

La malade a été hospitalisée à Lariboisière et n'a pas été revue.

o

QUATORZIEME CAS - Melle Brigitte F...
Coiffeuse

1er examen : juillet 1962

A) Histoire de la maladie

Première poussée en mai 1962, sans causes déclenchantes.

B) Aspect actuel des lésions

- Doigts : vésicules des faces latérales

lésions sèches, kératosiques du dos des doigts.
- Pieds : intertrigo des orteils.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements :
- aux mains : négatifs
- aux pieds : trichophytons mentagrophytes

E) Résultat des tests
- Microbiens : négatifs
- Mycosiques : "

F) Traitement et Evolution

Local + Griséfuline 4 comprimés par jour. Très amélioré au bout d'un mois.

o

QUINZIEME CAS - Monsieur Charly D... 32 ans
Peintre en bâtiment

1er examen : janvier 1962

A) Histoire de la maladie

Début des lésions aux pieds, en avril 1960.
Présente, depuis, de nombreuses poussées, sans jamais de rémission nette.
Pas de causes déclenchantes.

B) Aspect actuel des lésions

Intertrigo des orteils
Vésicules dysidrosiques des 2e, 3e et 4e orteils des 2 pieds
Réaction eczématiforme du dos des pieds, placards érythémato-vésiculeux.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements: "

E) Résultat des tests

- Professionnels : négatifs
- Microbiens : "
- Trichophytine à 1 pour 10.000
  Localement : papule érythémateuse de 2 cm
  oedème la débordant de 4 cm
  Focalement : nouvelles vésicules accompagnées de prurit.

F) Traitement et Evolution

Une désensibilisation à la trichophytine a été mise en route mais stoppée assez rapidement par des poussées subintrantes malgré les grandes dilutions.
Mis à la griséfuline, en mai 1962.

Il n'a pas été revu depuis.

o

SEIZIEME CAS - Madame Mathilde S... 27 ans
Ménagère

1er examen : avril 1962

A) Histoire de la maladie

Première poussée 15 jours auparavant, de retour de sports d'hiver où elle a fait de nombreuses marches.

B) Aspect actuel de la maladie

- Pieds : intertrigo des 3e et 4e espaces.
- Main droite : quelques vésicules sur les faces latérales de l'index et du medius, assez prurigineuses.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements :
- Mains : négatifs
- Pieds : Trichophyton rubrum.

E) Résultat des tests

Trichophytine à 1 pour 1.000
Epidermophytine " " "
Localement : papule érythémateuse de 5 mm
Focalement : discrète augmentation du prurit

F) Traitement et Evolution

Griséfuline : 4 comprimés par jour
Pommade A.T.S.

Amélioration 15 jours plus tard.

o

DIX SEPTIEME CAS - Melle Raymonde K... 29 ans
Agent hospitalier

1er examen : mars 1963

A) Histoire de la maladie

Première poussée depuis un mois, sans causes déterminantes.

B) Aspect actuel des lésions

- Pieds : intertrigo des orteils
- Mains : vésicules prurigineuses sur les faces latérales de l'index et du médius de la main droite.
Placards exfoliés, rouges, non suintant aux paumes.

C) Antécédents : négatifs

D) Prélèvements :
- Mains : négatifs
- Pieds : Trichophyton

E) Résultat des tests

La trichophytine et l'épidermophytine sont négatives. Pas de réactions retardées.
Candidine à 1 pour 1.000 :
localement : papule érythémateuse de 2,5 mm

focalement : brûlure vive aux mains.

F) Traitement et Evolution

Par le seul traitement, le malade est pratiquement guéri au bout d'un mois.

o

DIX HUITIEME CAS - Melle France A... 27 ans

ler examen : janvier 1962

A) Histoire de la maladie

Début depuis août 1961 par un intertrigo des orteils.

B) Apparition en décembre 1961 d'un placard vésiculeux non suintant, légèrement rose des paumes.

C) Antécédents
Allergiques : R.A.S.
Se sent très fatiguée.

D) Prélèvements
- Mains : négatifs
- Pieds : Epidermophyton floccosum

E) Tests : négatifs

F) Traitement et Evolution
Simple traitement local
- Aux pieds et aux mains.

Amélioration au bout d'un mois.

o

DIX NEUVIEME CAS - Monsieur Pierre D...
38 ans - Dessinateur

ler examen : octobre 1963

A) Histoire de la maladie

Première poussée en juillet 1963, sans cau-

ses déclenchantes.

B) Aspect actuel des lésions

Vésicules typiques des faces palmaires et des espaces interdigitaux sur les 3e et 4e doigts des deux mains. Rien aux pieds.

C) Antécédents

Asthme bronchique depuis 8 ans.

D) Prélèvements

Trichophyton rubrum.

E) Résultat des tests
- Professionnels : négatifs
- Microbiens : "
- Mycosiques : "

F) Traitement et Evolution

Mis à la griséfuline
Le malade n'a pas été revu.

o

VINGTIEME CAS - Monsieur Raymond G... 25 ans
Monteur électricien

1er examen : septembre 1963

A) Histoire de la maladie

Début en juin 1963 aux mains.
Travaille depuis mars dans l'araldite, qu'il accuse d'être à l'origine des lésions.

B) Aspect actuel de la maladie

Vésicules prurigineuses du dos et des faces latérales des doigts, du dos des mains et des faces de flexion des poignets.
De plus, le dos des mains et l'avant-bras gauche présentent quelques îlots à bords nets, polycircinés ayant un aspect nummulaire.

Rien aux pieds.

C) Antécédents : R.A.S.

D) Prélèvements : négatifs

E) Résultat des tests

- Professionnels : araldite : négatif
  durcisseur : "
- Microbiens : négatifs
- Trichophytine à 1 pour 1.000
  localement : lésion papulo-vésiculeuse de 5 cm entourée d'un halo d'érythème
  focalement : poussées vésiculeuses

F) Traitement et Evolution

Essai de griséfuline qui fait disparaître les poussées vésiculeuses et le prurit.

o

VINGT ET UNIEME CAS - Monsieur Bernard T... 2½ ans
Mécanographe

1er examen : décembre 1963

A) Histoire de la maladie

Début en août 1962 aux pieds.
Poussées bulleuses à la plante du pied droit.
Pas de facteur déclenchant.

B) Aspect actuel des lésions

Desquamation importante des mains et des faces latérales des doigts.
Au pied droit : aspect cicatriciel au niveau de la plante, consécutif à une bulle.
Rien entre les orteils.

C) Antécédents

Troubles dyspeptiques, migraines.

D)Prélèvements
- mains : négatifs
- pieds : staphylocoques blancs

E) Tests
Candidine 1 p.10.000
Epidermophytine 1 p.100
Trichophytine 1 p.100

localement : chaque test donne une papule érythémateuse de 1 cm prurigineuse
focalement : après 8 jours sans traitement, il ne subsiste qu'une discrète hyperkératose aux mains.

F) Traitement et Evolution

Simple traitement local et direxiode : 15 jours.

o

VINGT DEUXIEME CAS - Madame Yvonne K... 63 ans
Ménagère

1er examen : décembre 1963

A) Histoire de la maladie

Début en juillet 1959 au niveau de la plante du pied droit après une écorchure sur une plage.

Deux mois plus tard, lésion sur la plante du pied gauche. Aucune rémission complète depuis, aggravation chaque été.

En août 1963 : extension aux mains.

B) Aspect des lésions

Placards kératosiques des 2 paumes et des 2 plantes des pieds avec des éléments papulo-vésiculeux et des crevasses. Quelques éléments d'eczéma nummulaire aux avant-bras.

C) Antécédents R.A.S.

D) Prélèvements : staphylocoques dorés pathogènes.

E) Résultat des tests

Trichophytine à 1 pour 1.000
localement : 8 jours après l'intradermoréaction papule rouge et douloureuse de 1 cm.
focalement : 5 jours après le test, poussée vésiculeuse et pustuleuse température pendant 24 h 39°

F) Evolution et Traitement

Essai de désensibilisation à la trichophytine. Sans résultat.
Essai de griséfuline, 4 comprimés par jour
Revue en février 1864 : il reste seulement une kératodermite palmo-plantaire discrète.

o

VINGT TROISIEME CAS - Melle Jacqueline L... 18 ans - Employée de bureau

1er examen : mai 1963

A) Histoire de la maladie

Première poussée depuis un mois.

B) Aspect actuel des lésions

Le début est marqué par l'apparition d'une grosse bulle prurigineuse de la concavité de la plante du pied droit, puis de nombreuses vésicules se sont développées à sa périphérie.
Pas de suintement, ni d'érythème.
Intertrigo entre les orteils.
Quelques vésicules sur les faces latérales des doigts de la main droite.

C) Antécédents : R.A.S.

D) Prélèvements

- Pieds : Trichophyton mentagrophytes
- Mains : négatif

E) Résultat des tests

Epidermophytine à 1 pour 1.000
Trichophytine à 1 pour 1.000
Erythème et papule de 8 cm sans réaction focale.

F) Traitement et Evolution

Griséfuline.
Très amélioré après 15 jours de traitement.
On continue par un simple traitement local à l'alcool iodé salicylé.

o

VINGT QUATRIEME CAS - Melle Pierrette D...
24 ans - Agent hospitalier

1er examen : février 1963

A) Histoire de la maladie

Première poussée depuis un mois après une bronchite.

B) Aspect actuel de la maladie

Présente une éruption vésiculeuse ayant débuté aux faces latérales des 4e et 5e orteils des deux pieds, et sur la face dorsale des pieds.
Deux jours après : vésicules sur les faces dorsale et latérales des doigts.
Les paumes et les plantes sont intactes.
Gros intertrigo entre les orteils du pied gauche.
Discret intertrigo du pied droit.
Prurit important.

C) Antécédents

Intertrigo des orteils fréquent, souvent fissuré et douloureux. Hyperhydrose palmo-plantaire.

D) Prélèvements

- Pieds : trichophyton rubrum
- Mains : négatifs

E) Tests : négatifs

F) Traitement et Evolution

Griséfuline, localement Phytex.
Malade non revu.

o

VINGT CINQUIEME CAS - Monsieur Alain M...
26 ans - Etudiant

1er examen : septembre 1963

A) Histoire de la maladie

Début en août 1963, des lésions à un orteil du pied droit. Le sujet marche pieds nus fréquemment. Depuis 8 jours, extension aux mains. Pas de notion de traumatisme au départ.

B) Aspect actuel de la maladie

Lésions aux paumes et aux plantes des deux pieds, et sur les faces latérales des doigts. Multiples vésicules typiques non surinfectées, associées à des îlots croûteux et fissurés.

C) Antécédents R.A.S.

D) Prélèvements
- Pieds : Trichophytons
- Mains : Staphylocoques pathogènes

E) Tests : négatifs

F) Traitement et Evolution

Griséfuline : importante desquamation 15 jours après.
Simple traitement local.
Malade non revu.

o

VINGT SIXIEME CAS - Monsieur Pierre M...48 ans
Employé de bureau

1er examen : octobre 1963

A) Histoire de la maladie

Depuis un mois, poussée sur les paumes.

B) Aspect actuel des lésions

Vésicules sur les faces latérales des doigts.
Desquamation importante des paumes, très prurigineuses.
Intertrigo entre les orteils des deux pieds.

C) Antécédents

Fréquence des intertrigo inter-orteils depuis de longues années.

D) Prélèvements

- Mains : négatifs - pieds : Trichophytons

E) Tests : négatifs

F) Traitement et Evolution

Griséfuline.
Pratiquement guéri après un mois et demi.

o

VINGT SEPTIEME CAS - Madame Geneviève F...
35 ans - Ménagère

1er examen : juillet 1963

A) Histoire de la maladie

Début des lésions depuis un mois.

B) Aspect actuel de la maladie

Vésicules des paumes, de l'index gauche, assez prurigineuses. Rien aux pieds.

C) Antécédents

Poussées analogues estivales, exacerbées quelques jours avant les règles.

D) Prélèvements

- Main gauche : Trichophyton mentagrophyte .

E) Tests : négatifs

F) Traitement et Evolution

Griséfuline.
Malade non revue.

°

VINGT HUITIEME CAS - Monsieur Georges L...
29 ans - Etudiant

1er examen : février 1964

A) Histoire de la maladie

Première poussée en août 1963.

B) Aspect actuel des lésions

- Mains : placard hyperkératosique et fissuré des paumes. Quelques vésicules et pustules au pourtour. Pas de suintement.
- Rien aux orteils.

C) Antécédents

- Son père : Eczéma constitutionnel
- Sa fille : Asthmatique

D) Prélèvements

Mains : Staphylocoques dorés et blancs.

E) Résultat des tests

Trichophytine 1 pour 100
Epidermophytine 1 pour 100
Cinq jours après l'injection, réaction bulleuse circinée de disposition centrifuge au niveau des tests.
Focalement : prurit important.

F) Traitement et Evolution

Griséfuline.
Pratiquement guéri après 15 jours.

°

VINGT NEUVIEME CAS - Monsieur René T... 50 ans
Mécanicien

1er examen : juillet 1964

A) Histoire de la maladie

Présente tous les étés des poussées analogues, depuis 7 à 8 ans.

B) Aspect actuel des lésions

Important intertrigo entre les orteils.
- Aux deux mains présente depuis huit jours des vésicules de dysidrose sur les doigts.
- Hyperidrose.

C) Antécédents

Ulcère de l'estomac depuis 1947 - non opéré.

D) Prélèvements
- Mains : négatifs
- Pieds : Trichophytons

E) Tests :
Professionnels
Microbiens } négatifs
Mycosiques

F) Evolution et Traitement

Simple traitement local prescrit.

o

TRENTIEME CAS - Monsieur Jean P... 65 ans
Importateur

1er examen : mai 1964

A) Histoire de la maladie

Présente depuis 3 mois des lésions érythémateuses, kératosiques et fissurées du talon gauche.

Depuis 15 jours apparition de lésions du même type aux paumes des deux mains, à la périphérie on note des papules blanches et des bulles enchassées dans la peau.

B) Antécédents

Gastrite traitée par la pénicilline.

C) Prélèvements

Pied et mains : Entérocoque
Staphylocoque doré pathogène

D) Tests

L'épidermophytine à 1 p.100
et la Trichophytine à 1 p.100

donnent chacune une réaction bulleuse.

E) Evolution

Pratiquement guéri par une désensibilisation à l'épidermophytine et la trichophytine à 1 p. 10.000.

-:-

- III -

- Cas présentant une origine microbienne probable (Streptocoque, Staphylocoque)

- Dysidroses vraisemblablement surinfectées.

Monsieur Lucien P... 23 ans - Menuisier

1er examen - septembre 1962

- Début en juillet 1962 par un grand placard initial de la jambe gauche, bien limité, de petites plaques érythémato-squameuses disséminées sur les jambes. Ces lésions font penser à un eczéma nummulaire.

- Puis apparition de dysidrose aux mains avec quelques éléments pustuleux.

- Aux pieds, intertrigo entre les orteils.

PRELEVEMENTS : mains : staphylocoques dorés pathogènes.

TESTS : professionnels à la colle +
microbiens : Divasta à 1 p.100
localement : papule érythémateuse de 7 mm
focalement : prurit

Amélioré par traitement anti-infectieux local et général (Sanclomycine).

o

Monsieur André P... 55 ans - Charcutier

1er examen en novembre 1962

- Le 15 octobre se blesse sur le dos de la main gauche avec un os de porc. Quelques heures après, apparaissent de multiples vésicules au pourtour de la plaie s'étendant aux doigts, puis oedème de la main.

Adénopathie axillaire.
Certaines vésicules deviennent pustuleuses.

ANTECEDENTS
Furonculose en 1950
Pas de diabète.
Intolérance à la Pénicilline.

PRELEVEMENTS : mains : Staphylocoques dorés.

TESTS : Intradermoréaction au Rouget : négatif.

Anatoxine Staphylococcique au centième
localement : papule érythémateuse de 1 cm de diamètre
oedème la débordant de 3 cm de diamètre
focalement : quelques pustules.

La Tétracycline améliore le malade.

o

Mademoiselle Micheline M... 24 ans Secrétaire

1er examen - octobre 1962

Début en juin 1962 avec aggravation à la chaleur.
Siège : aux pieds et aux mains.

- Dysidrose des faces latérales des doigts, parakératose discrète des paumes et des plantes. A chaque poussée vésiculeuse, oedème des mains et des pieds ; de plus actuellement pustules sur le dos des pieds et placard croûteux.

ANTECEDENTS :

- Eczéma constitutionnel (Hyperidrose)

PRELEVEMENTS : Pieds, Mains } Staphylocoques dorés pathogènes

TESTS : Vaccin antistreptococcique au dixième
- localement oedème de 3 cm
  érythème
- focalement : prurit

Amélioration spectaculaire par la Propiocine.

o

Madame Simone G... 35 ans Ménagère

ler examen - février 1964

Début en août 63 au niveau de la paume de la main droite, puis extension à la main gauche.

Les paumes des mains sont parakératosiques, vésicules en bouquet sur l'éminence hypothénar droite.

Les lésions sont un peu prurigineuses.

- Rien aux pieds

ANTECEDENTS : Depuis 6 ans, ulcère de l'estomac traité médicalement.
Sa mère : eczéma.

PRELEVEMENTS : négatifs

TESTS : Vaccin antistreptococcique au dixième
Localement : papule de 1 cm de diamètre
  oedème de 2 cm de diamètre
Focalement : poussée de vésicules
  prurit.

Mise au Dagénan qui l'améliore.

o

Monsieur Jean T... 38 ans Employé de bureau

ler examen en janvier 1962

- Début en août 1961
Première poussée au pied gauche puis aux mains.

- Présente un placard limité de la face interne du pied gauche érythémato-squameux.
Aux mains vésicules sur les faces latérales des doigts, pustules. Les poussées se succèdent depuis le début de l'éruption.

ANTECEDENTS : Angines fréquentes

PRELEVEMENTS: pieds : négatifs
mains : staphylocoques pathogènes
Prélèvement de gorge : staphylocoques dorés

TESTS : négatifs

EVOLUTION, TRAITEMENT
Traitement général : T.A.O.
Atténuation spectaculaire au bout de 15 jours.
On redonne un simple traitement local.
Non revu.

o

Monsieur Jean V... âgé de 53 ans Garçon de salle

1er examen - février 1962

Début depuis 8 jours, présente
- un intertrigo entre les orteils
macération et suintement important des 2 derniers espaces.
- nombreuses lésions vésiculeuses plus ou moins confluentes sur les semelles plantaires dans la moitié antérieure. Les lésions débordent sur le dos du pied qui, à ce niveau, est croûteux et rouge.

ANTECEDENTS : Intertrigo depuis de longues années. Eczéma dans l'enfance.

PRELEVEMENTS : pieds : staphylocoques pathogènes

TESTS : négatifs

Un traitement anti-infectieux local améliore le malade.

o

Madame Anna D... 61 ans Ménagère

1er examen - février 1962

Début il y a 6 ans, poussées récidivantes non influencées par les saisons, la chaleur.

Siège des lésions : aux mains : desquamation palmaire mal limitée, quelques soulèvements épidermiques pouvant évoquer des vésicules, une à deux pustules face antérieure des poignets.

Rien aux pieds.

ANTECEDENTS : hépatique : ne supporte pas les oeufs, le chocolat ; Migraines.

PRELEVEMENTS : mains : staphylocoques pathogènes

TESTS : négatifs

Traitée par l'Aspergilline pendant 10 jours, elle semble guérie.

o

Monsieur Saïd M.... 27 ans Métreur

1er examen - mai 1962

Depuis 15 ans présente de petites poussées vésiculeuses principalement au niveau de l'index droit, l'été.

15 jours avant le premier examen, extension à toute la main, puis à la main gauche avec de nombreuses pustules et suintement.

On note quelques pustules sur les faces dorsales des orteils du pied droit.

ANTECEDENTS: troubles digestifs : gastrite.

PRELEVEMENTS : mains : staphylocoques dorés.

TESTS : négatifs

Un traitement local anti-infectieux améliore le malade.

°

Monsieur Eugène F... 41 ans Dessinateur

1er examen - mai 1962

Début en mai 1961, atténuation pendant l'hiver.
- Présente un intertrigo entre les orteils, fissuré et douloureux.
- Plante des pieds
Large placard desquamant de la partie antérieure, à contours géographiques, quelques vésicules sèches au pourtour.
- Intertrigo inguino-crural.

ANTECEDENT : R.A.S.
PRELEVEMENTS - pieds : staphylocoques dorés pathogènes, négatifs au niveau de l' aine

TESTS : négatifs

Amélioré par les traitements locaux.
Semble guéri.

°

Monsieur Lucien P... 41 ans Cantonnier

1er examen - juillet 1962

Début depuis 4 ans, tous les étés, disparaissant l'hiver.
Présente sur les plantes des pieds de multiples vésicules et des phlyctènes.

Certains éléments surinfectés
Adénopathie inguinale bilatérale
Hyperidrose.

PRELEVEMENTS : pieds : staphylocoques pathogènes

TESTS : négatifs

Pratiquement guéri après propiocine, pendant quinze jours et un traitement local.

o

Monsieur Luigi F... 40 ans

1er examen - mai 1962

Début depuis 2 mois au niveau des mains, quelques vésicules aux paumes, devenant rapidement pustuleuses. Face palmaire des doigts, la peau est amincie, sèche, fissurée, desquamation des faces latérales. Le début coïncide avec l'emploi d'alcalins.

ANTECEDENTS : Aurait eu une poussée analogue il y a 12 ans.

TESTS : négatifs

PRELEVEMENTS : staphylocoques dorés pathogènes.

Amélioration après traitement par l'aspergiline.

o

Monsieur René M... 45 ans Employé de bureau

1er examen - 1er octobre 1962

Première poussée dysidrosique en 1958 aux mains. Simultanément, intertrigo génito-crural qui persiste depuis, alors que les lésions des mains avaient disparu.

Présente depuis août 1962, de petites vésicules sèches des faces latérales des doigts et de simples lésions de parakératose érythéma-

teuse de la partie moyenne des paumes
- Intertrigo inter-fessier
- Intertrigo entre les orteils.

ANTECEDENTS: urticaire géant à l'âge de 10 ans
Ulcère du duodenum traité médicalement depuis 7 ans.

PRELEVEMENTS : mains : négatifs
pieds : négatifs
pli inter-fessier : staphylocoques blancs.

TESTS : négatifs

Traitement anti-infectieux local améliore le malade. Non revu.

o

Monsieur Roger C.... 40 ans S.N.C.F.

1er examen : octobre 1962

Depuis 7 à 8 ans présente des poussées estivales de dysidrose palmaire.

Actuellement surinfection des lésions, sans adénopathie.
Rien aux pieds.

ANTECEDENTS: R.A.S.
Oenolisme.

PRELEVEMENTS : Mains : staphylocoques dorés pathogènes

TESTS : négatifs

Presque guéri par un traitement local et Pyostacine.

o

Monsieur Lasko K.... 42 ans Peintre

1er examen - septembre 1963

Depuis 15 jours présente au niveau de la paume de la main gauche de nombreuses vésicu-

les isolées, depuis quelques jours atteinte de la paume de la main droite.
Rien aux pieds.

PRELEVEMENTS : mains : staphylocoques dorés pathogènes

TESTS : professionnels négatifs ainsi que les autres tests.

Amélioré par un traitement local.

o

Monsieur Jean S... 44 ans Cimentier

1er examen - octobre 1962

Depuis 10 ans lésions des paumes et des plantes à type de desquamation, estivales.
Rien aux pieds.

ANTECEDENTS: Abcès dentaires
PRELEVEMENTS : aux mains : staphylocoques dorés pathogènes

EVOLUTION : aggravation des lésions après manipulation de l'Omo.

Traitement local - Non revu.

o

Monsieur Pasquale S.... Cimentier

1er mai 1963

Depuis un mois présente des lésions vésiculeuses du dos et des faces latérales des doigts. Quelques éléments pustuleux s'étendent aux poignets.

- Intertrigo entre les orteils.
- Un placard circiné de la gouttière vertébrale à pourtour vésiculeux.

PRELEVEMENTS : mains et pieds : négatifs
dos : staphylocoques dorés pathogènes.

EVOLUTION : Après traitement local de 15 jours le placard du dos s'est effacé, aux mains il ne subsiste qu'une discrète kératose.

o

Monsieur Lucien G... 68 ans

1er examen en août 1962

Au cours d'une poussée d'eczéma généralisé pour laquelle il est hospitalisé, présente une poussée de dysidrose palmaire rapidement purulente.

Rien aux pieds.

ANTECEDENTS : 1961 : première poussée d'eczéma
Ancien tuberculeux

PRELEVEMENTS : mains : staphylocoques dorés pathogènes

TESTS : négatifs

EVOLUTION : Pas d'amélioration nette malgré les traitements locaux et généraux.

o

Madame Lucienne L... 39 ans Manipulatrice en Radiologie

1er examen - 15 juin 1963

- Présente depuis un an de petites vésicules au niveau de certains doigts, disparaissant en laissant une desquamation fine et se reproduisant rapidement.
Les paumes sont sèches et fissurées.
- Intertrigo entre les orteils.
Exagération des signes à la chaleur.

PRELEVEMENTS : mains : staphylocoques dorés pathogènes
pieds : négatifs

TESTS : professionnels étaient aussi négatifs.

Un simple traitement local amène une nette amélioration.

o

Monsieur Jean Pierre L... 42 ans Tourneur

ler examen en juin 1963

- Première poussée au début de mai 1963, sans cause déclenchante. Vésicules et bulles palmaires respectant les faces dorsales, quelques placards croûteux aux paumes, reliquats de bulles.

- Rien aux pieds

PRELEVEMENTS : mains - staphylocoques blancs

TESTS : négatifs (entre autres professionnels) guéri par un simple traitement local .

o

Madame Andrée D... 48 ans Mécanographe

ler examen - octobre 1963

Début il y a 8 jours par une petite bulle de la paume de la main droite (on ne retrouve pas de traumatisme). Puis de nouvelles bulles, qui aboutissent à la formation d'un placard rosé, irrégulier à bords décollés, sec.

- Trois jours après petite vésicule de la joue droite et oedème sous-palpébral.

- Adénopathie cervicale
- Pas de température.

PRELEVEMENTS : à la joue } staphylocoques do-
aux mains } rés pathogènes

Les TESTS n'ont pas été faits.

TRAITEMENT local et Propiocine améliorent beaucoup la malade. Presque guérie au bout de 2 mois.

Monsieur Amar B... 31 ans · Manoeuvre

ler examen - octobre 1963

Première poussée en juillet 1963 aux pieds. Actuellement dysidrose palmo-plantaire surinfectée. Au dos des pieds placards érythémato-squameux et croûteux.

PRELEVEMENTS : pieds { staphylocoques dorés
mains { pathogènes

TESTS : négatifs

-:-

- IV -

DEUX CAS PLUS COMPLEXES

-:-

I - Allergie staphylococcique succédant à une allergie mycosique

II - Allergie mycosique associée à une allergie de contact

o

PREMIER CAS - Monsieur Benjamin P... 28 ans
Menuisier

1er examen - mai 1962

A) Histoire de la maladie

Présente depuis un an des lésions vésiculeuses et suintantes des deux plantes des pieds.

Depuis 15 jours : des vésicules des faces latérales des doigts et des paumes des mains. Elles ne suintent pas.

B) Antécédents

Traité par la Pénicilline en janvier 1962 : réaction cutanée avec oedème et érythème généralisés.

C) Prélèvements

Mains et pieds : Staphylocoque doré pathogène.

D) Tests

- Professionnels : négatifs
- Candidine à 1 pour 100.000
Epidermophytine à 1 pour 10.000
Trichophytine à 1 pour 10.000

Les 3 tests sont le siège d'une réaction retardée locale, pour la trichophytine au bout de 3 semaines. Fort prurit 4 jours après les tests.

E) Traitement et Evolution

- Septembre 1962 : essai de désensibilisation à la trichophytine : échec
- Fin 1962 : désensibilisation à la candidine : échec
- Juillet 1963 : très importante poussée.
- on recommence les tests.

a) Mycosiques : discrète réaction locale sans réaction focale.

b) L'anatoxine staphylococcique au dixième donne une papule de 1 cm persistant 10 jours et du prurit, deux jours après.

Six injections d'anatoxine staphylococcique amènent une amélioration spectaculaire.

- Revu en novembre 1963, la guérison persiste.

°

SECOND CAS - Monsieur Maurice H... 55 ans
Peintre

1er examen : décembre 1962

A) Histoire de la maladie

Début des lésions aux mains, disparition pendant les vacances d'août.

B) Aspect actuel des lésions

Lésions vésiculeuses de l'index et de l'annulaire des mains. La peau est rouge, excoriée aux paumes.

C) Antécédents

Son père : eczéma.

D) Prélèvements : négatifs

E) Tests

- Professionnels : chrome +++
  cobalt ++
- Mycosiques : épidermophytine à 1 pour 1000
  localement : papule érythémateuse de 1 cm
  focalement : prurit

F) Traitement et Evolution

Malgré son arrêt de travail et un essai de désensibilisation à l'épidermophytine, les lésions persistent.

-:-

- V -

FACTEURS DIVERS

- Sensibilisation à la poussière
- Dolichosigmoïde
- Dolichocôlon
- Néphrolithiase
- Facteurs nerveux

°

Monsieur Raymond M... 30 ans S.N.C.F.

1er examen - novembre 1961

Première poussée en mai 1961.
Vésicules des faces latérales et dorsale des doigts respectant les paumes.
Rien aux pieds.

ANTECEDENTS : Asthme de l'enfance

PRELEVEMENTS : négatifs

TESTS : professionnels, mycosiques, microbiens } négatifs

Poussière à 1 p 50.000 : papule érythémateuse de 10 mm sans réaction focale.

Poussière à 1 p. 5.000 : réaction locale et réaction focale : vésicules, prurit

TRAITEMENT : Essai de désensibilisation à la poussière à 1 p.50.000. Amélioration après 5 injections mais non revu.

°

Christiane B... âgée de 5 ans

1er examen : avril 1962

Depuis 3 semaines présente de petites vésicules de dysidrose sur toutes les faces des doigts et des paumes.

Aucun antécédent familial et personnel.
Tests négatifs.
Un examen radiologique montre un dolichosigmoïde.

°

Françoise D... âgée de 10 ans

1er examen - février 1964

Présente des vésicules des faces latérales des doigts et des paumes avec légère desquamation et discret prurit.

Depuis l'âge de 2 ans fait des poussées analogues qui correspondent souvent avec des troubles digestifs en particulier constipation.

Les selles sont très grosses.

La radiographie du cadre colique montre un mégacôlon et un dolichocôlon.

°

Nous citerons un cas, rapporté par B. DUPERRAT, de guérison d'une dysidrose rebelle des paumes chez un malade envoyé à Contrexeville pour une Néphrolithiase.

Monsieur Marc B... 40 ans Agent technique

1er examen - avril 1962

Présente une dysidrose des paumes des mains depuis 2 ans.
Chaque poussée coïncide avec des soucis et des périodes de surmenage.
- Intertrigo des orteils.

°

Monsieur Alexandre G... 51 ans Manoeuvre

1er examen - octobre 1963

Début des lésions en 1958 après la mort de sa femme. Depuis, il présente des poussées suivant son état émotionnel.

En 1959, changement d'emploi.

Nouvelle poussée actuelle après un état grippal et une fatigue résiduelle.

Actuellement présente une dysidrose palmaire symétrique et un aspect parakératosique de la face dorsale du pied droit.

Les ongles sont ponctués.

-:-

- VI -

Enfin 17 cas où l'interrogatoire,
les prélèvements,
les tests
ont été entièrement négatifs.

°

Monsieur Louis P... 42 ans Cimentier

1er examen : septembre 1961

- Dysidrose vésiculeuse des doigts, lésions parakératosiques du dos des mains.
- Rien aux pieds.

Antécédents : poussée analogue en septembre 1960.
Ulcère de l'estomac depuis 5 ans.

°

Monsieur Roger M... 58 ans Menuisier

1er examen : janvier 1962

- Première poussée d'une dysidrose palmaire.
- Rien aux pieds.

Manipule de nombreux bois, des colles, mais tous les tests s'avèrent négatifs et l'arrêt du travail fait persister les lésions.

°

Mademoiselle Charlotte L... 27 ans Infirmière

1er examen : novembre 1961

Première poussée de dysidrose des faces palmaires des doigts et de la paume de la main droite. Fissures entre les doigts.

Antécédents : Asthme dans l'enfance.
Bien que fort suspectés, les tests professionnels sont négatifs, ainsi que les autres tests.

°

Madame Marcelle D... 28 ans Ménagère

1er examen : mars 1962

Première poussée de dysidrose palmaire de mai 1961 à novembre 1961.

Nouvelle poussée depuis 15 jours aux paumes des mains.

- Intertrigo entre les orteils.

Les examens sont tous négatifs.

°

Madame Michèle D... 64 ans

1er examen : juillet 1962

- Présente depuis un mois une dysidrose des doigts de la main droite et des deux paumes.
- Intertrigo entre les orteils.

Antécédents : Depuis 10 ans présente tous les étés une desquamation des paumes des mains.

Tous les examens sont négatifs.

°

Monsieur Lucien J... 44 ans Electricien

1er examen : juin 1962

Première poussée de dysidrose palmaire depuis 15 jours.
Rien aux pieds.

Antécédents: Sinusite chronique depuis 3 ans.
Aucun résultat des investigations.

°

Raymond B... 5 ans

ler examen : juin 1962

Dysidrose palmaire depuis l'âge de 3 ans qui récidive au printemps ou à la chaleur.

Antécédents: eczéma constitutionnel.
Aucun test positif n'a été trouvé mais les dilutions furent assez grandes.

°

Monsieur André V... 34 ans Cimentier

ler examen : mai 1962

Depuis 15 jours première poussée de lésions vésiculeuses et kératosiques de la plante des deux pieds au niveau des surfaces de pression antérieure.

- Pas d'intertrigo
- Hyperidrose

Marche beaucoup dans des bottes de caoutchouc.
Les tests s'avèrent négatifs.

°

Madame Joséphine D... 32 ans

ler examen : juin 1962

Présente depuis janvier des poussées de dysidrose à la plante des pieds, de larges surfaces desquamatives à contour géographique, et des fissures.

- Ganglions inguinaux bilatéraux.

Prélèvements: Staphylocoque doré pathogène.

°

Monsieur Maurice S... 33 ans

ler examen : avril 1962

Début d'une dysidrose à la paume de la main droite, puis apparition sur la face dorsale

d'une plaque érythémato-vésiculeuse suintante.
Rien aux pieds.
Antécédents : otites fréquentes
1948 : dysidrose des mains ?
de 1955 à 1957 : onyxis à Candida

Tous les examens restent négatifs.

o

Monsieur Lucien P... 41 ans Cantonnier

1er examen : juillet 1962

Depuis 4 ans présente chaque été les mêmes lésions. Actuellement aux plantes des pieds, vésicules en bouquet et phlyctènes.

- Hyperidrose
- Gros mangeur
- Oenolique.

Marche beaucoup mais utilise des chaussures de cuir et des socquettes de fil.

Tests et prélèvements sont négatifs.

o

Monsieur Abdalah S... 38 ans Ouvrier

1er examen : août 1962

- Présente au niveau des paumes et des plantes des pieds des vésicules de dysidrose et quelques bulles.
- Intertrigo entre les orteils
- Quelques placards mal limités érythémato-squameux des avant-bras.

Les examens sont négatifs.

o

Monsieur Anthelme C... 45 ans Manoeuvre

1er examen : septembre 1962

Présente depuis 10 ans des poussées automnales de dysidrose palmo-plantaire.

Cette dernière poussée coïncide avec un abcès dentaire de la région palatine.

Antécédents : angines

Rhumatisant : les examens radiologiques montrent une arthrose lombaire et des signes de coxarthrose.

Négativité des recherches.

o

Madame Raymonde F... 25 ans Brodeuse

1er examen : septembre 1962

- Première poussée de dysidrose vésiculeuse des doigts des deux mains.
- Rien aux pieds.
- Hyperidrose.

o

Mademoiselle Michèle F... 26 ans Infirmière

1er examen : août 1963

Depuis 8 jours dysidrose de deux doigts de la main gauche.

Première poussée il y a un an qui a cédé en 15 jours.

Antécédents: urticaire dans l'enfance.

o

Monsieur Antoine G.... 55 ans

1er examen : octobre 1962

Depuis 6 semaines desquamation de la paume de la main droite.

Depuis 10 ans présente des poussées analogues survenant l'été, siégeant le plus souvent aux paumes et parfois aux pieds.

Rien aux pieds actuellement.

Tous les examens sont négatifs.

o

Monsieur Mohamed L... 38 ans Maçon

1er examen : mars 1963

Première poussée de dysidrose palmo-plantaire ayant débuté aux pieds.

Aucun antécédent, ni cause déclenchante.
Les examens sont négatifs.

-:-

- VII -

TRAITEMENT

-:-

Il s'inspire de l'étiologie quand on l'a trouvée.

I -

1) En cas d'allergie infectieuse reconnue, la désensibilisation spécifique est le traitement de choix. Mais le traitement est difficile. Les doses d'entretien sont souvent très peu inférieures aux doses réactivantes. Le traitement doit être maintenu longtemps.

2) En cas de sensibilisation à un agent chimique, il faudra l'éliminer définitivement si possible.

3) Pour des allergies associées il faut essayer d'agir contre chaque facteur soit simultanément soit successivement.

II - Le traitement local comprend des lavages avec un savon acide, des bains de permanganate à 1 p.10.000, des badigeonnages à l'alcool iodé à 1 p.100, à l'Ichtyol.

Aux pieds on pourra appliquer une pommade acide (Whitefield).

Aux mains, pommades à l'hydrocortisone, à l'Ichtyol, au goudron (en période desquamative).

Dans les formes légères, des poudrages de

talc mélangé à 1 p.100 d'acide salicylique suffisent.

Dans les formes vésiculo-bulleuses et pustuleuses on badigeonnera avec les colorants (éosine, violet).

La radiothérapie est à déconseiller.
Les douches filiformes donnent parfois quelques bons résultats.

III - TRAITEMENT GENERAL

La vitamine C intraveineuse, l'hydroxyquinoléine (Direxiode) donnent quelques bons résultats.

La griséfuline en cas de Mycose, la mycostatine en cas de levures.

Les antibiotiques, dans les formes surinfectées et infectieuses.

Recherche et traitement d'un foyer profond infectieux.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

La dysidrose palmo-plantaire est une affection fréquente tenace et récidivante.

Depuis T. FOX qui la décrivit en 1873 pour la première fois et en fit une dermatose d'origine sudorale, son étio-pathogénie est encore l'objet de discussions :

- Origine infectieuse (microbienne, mycosique)
- Lésions secondes
- Origine chimique ...

De nombreux dermatologistes en font une forme clinique de l'eczéma, mais il semble qu'elle garde son autonomie propre :

1°- par sa clinique

- Sa topographie particulière aux mains et aux pieds
- La profondeur et la dureté des vésicules
- L'absence de suintement
- L'absence d'érythème
- Son rythme saisonnier : poussées fréquentes au printemps et en été.

Elle survient entre 20 et 40 ans surtout et est commune aux deux sexes. La prédisposition constitutionnelle à l'allergie ne semble pas jouer un rôle favorisant : dans 25 cas, nous retrouvons des antécédents personnels atopiques (eczéma constitutionnel, asthme, urticaire et oedème de Quincke).

2°- Par ses caractères histologiques

Vésicules énormes, parfaitement rondes
Vésicules toujours dans un rete peg
Infiltrat inflammatoire péricanalaire
Certaines incidences : le canal débouchant dans le fond de la vésicule.

3°- Par ses facteurs étiologiques

L'enquête allergologique systématique et la recherche des germes ont orienté notre diagnostic vers :

A - Une sensibilisation à un agent chimique dans 49 cas

a) Origine externe

Dysidrose de contact, professionnelle le plus souvent, dans 47 cas (sensibilisations au groupe de la paréphénylénédiamine, au groupe de la phénothiazine, aux bichromates, aux antibiotiques ... Nous citerons une phytodermatose).

b) Origine interne

Un cas après ingestion d'aspirine
Un cas après des injections I.M. de Pénétracine
Un cas après inhalation d'un alcaloïde (scopolamine) véhiculé par des vapeurs d'alcool.

B - Une origine mycosique est retrouvée dans 30 cas

(Candida albicans, Trichophytons, Epidermophytons)

L'allergie à Candida albicans est celle pour qui le traitement désensibilisant (10 cas) a donné des guérisons durables après 4 ans de recul.

C - Une origine microbienne

- Dans 5 cas on retrouve une sensibilisation microbienne (streptocoques, staphylocoques).

- Dans 20 cas on retrouve un staphylocoque pathogène, probablement en tant que germe de surinfection.

D - Facteurs divers dans 6 cas

- Sensibilisation à la poussière
- Facteurs nerveux déclenchants
- Dolichosigmoïde, dolichocôlon.

E - Enfin 17 cas demeurent entièrement "idiopathiques".

La recherche étiologique est rendue souvent difficile par l'association et l'intrication de diverses allergies, l'une pouvant favoriser l'autre.

Il est souvent malaisé de conclure sur le rôle déclenchant, favorisant ou secondaire des facteurs sensibilisants.

Si les recherches et l'étude que nous avons poursuivies et que nous nous sommes efforcé de présenter de façon aussi complète et précise que possible, laissent encore des lacunes dans certains cas, il faut tenir compte des insuffisances des moyens d'investigation et de l'ignorance dans laquelle on se trouve encore sur la nature même de certains allergènes.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : R. DEGOS

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BENEDECK
Pompholyx.
The Urologic and cutaneous review
juillet 1951, t.55, n°7, p.410-419.

BROCQ B.
Traité de dermatologie et premier congrès des dermatologistes de langue française.
Paris 1922 - Comptes rendus, p.52.
Arch. Dermat. Syphil. de la Clinique de St-Louis, 1932, p.157.

DARIER
Précis de dermatologie.
4e édition, p.100.

DARIER et Melle ELIASCHEFF
The Lancet 1919 , p.278.

DARIER, CIVATTE, TZANCK
Précis de dermatologie.
1947, p.118-121.

DEGOS R.
in Dermatologie 1953, p.363-367.
Edit. Médicales Flammarion.

DUPERRAT
Précis de dermatologie.
1959, p.162-163 - Edit.Masson & C°.

FAVRE
Une forme rare de dysidrose.
Paris Médical 1926.

FOX T.
American journal of syphil.and Dermat.
I, p.4, 1873.

FREDERICKS M. et BECKER F.
Eruptions vésiculeuses des mains et des pieds de type dysidrosique .
Arch. of dermat. and syphil.
1954, 70, n°I, p.107.

GOUGEROT
Premier congrès des dermatologistes de langue française.
Paris 1922, Comptes rendus p.43-45.

Forme atypique sèche de la dysidrose.
Gazette médicale de France, p.4 ,
15 janvier 1928.

Arch. Dermat. et Syph. de la Clinique de St-Louis, 1931, p.265.

Préface de la thèse de RAGAB, Paris, 1934.

HERMANN F. et SULZBERGER
Quelques traitements des troubles de la sudation.
Arch. of dermat. and syphil.
août 1952.

HUTCHINSON
Illustrations of clinical surgery.
49, p.1, 1876, Lancet 1876.

JADASSOHN W. et PECK
Arch. fur Dermat. und syphil. 1929,
T. XV, p.16.

JADASSOHN
Arch. Dermat. and syph. 21, p.355, 1930.

Madame KAUFFMANN-WOLF
Dermat. Zeitschrift 1914, T.IV,p.385.

KOWARZ - SOKOLOWSKA
Etiologie et pathogénie de la dysidrose à la lumière de recherches personnelles.
Przeglad dermatologie i Wencrologie. sept. 1955, T.V, n°5, p.375.

LORTAT-JACOB, PELISSIER et DREYFUS
Rôle de l'acide salicylique et de certains végétaux dits dépuratifs dans la provocation des dysidroses.
Annales de Dermat. 1926, p.391.

MILIAN
La dysidrose infectieuse streptococcique.
Revue de Dermat. et de Vénér. 1928, n°78, p;391.

MONTGOMERY O.
Diseases of the skin. 1954, p.399-401.

MOUKTAR D.
Annales de dermat. 1892, n°9.

O'BRIEN
Brit. J.D. 1947, 59, p.125.

ORBMSY et MITCHELL
Journal of the american med Assoc. 1916, T.LXVII, p.711.

PASTEUR VALLERY-RADOT, R. WOLFROMM et ses collaborateurs
in Les maladies allergiques. 1963 - Edit. Médicales Flammarion.

PILLSBURY D.
in Dermatology.
1957, p.444-446.

RAGAB
Thèse de Paris - 1934.

RAJKA
Arch. fur dermat. und syphil. 1928,
T. CXLIII, p.205.

RAVAUT
Presse Médicale, 36, p.1443, 1928.

SABOURAUD
Bulletin de la Soc. Franç. de Dermat.
1922, n°3.

SCHUPPLI
Sur l'étiologie de la dysidrose.
Dermatologica (avril-juin 1954,
p.393-397).

SCHUSTER B.
Le pompholyx et son traitement.
Northwest medecine. T.46, avril 1947,
p.298.

SEZARY, LEVY et RIVOIRE
Dysidrose et éruption diffuse érythé-
mato-squameuse.
Bulletin de la Soc.française de dermat.
1930, p.1190.

SEZARY et MIGET
Nouvelle pratique dermatologique.
1936, T.V, p.166-181.

SHELLEY W.B.
Dysidrose.
Arch. of Dermat. and Syphil.
sept. 1953, p.313 - 319.

Von SKRAMLIK
Remarques sur le développement et la guérison de la dysidrose lamelleuse sèche.
Dermatologiste Wochenschrift 1950.

SICOLI
Annales de Dermat. 1924, T.V., p.69-84.

SIMONS R.D.
Investigations into dysidrosiform eruptions.
Edit. S. Karger, 1962.

STEWART et LAUMONIER
Dysidrose aiguë, dite primitive, et rétention sudorale.
Annales de dermat. et syphil. 1961, 88, p.47-50.

STREMPEL B.
Sur l'étiologie et la pathogénie de la dysidrose.
Der Hautarzt 1956-7, n°6, p.241-242

WALTHARD
Dermat. Zetschrift, 1928, T.LIII, p.692.

WHIMSTER
Brit. J.D. 1950, 62, p.32.

WILLIAMS
Arch . fur dermat. und syphil.
1927, T. XV, p.451.
1930, T. XXII, p.636.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-